

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT KAUFMANN

Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux

Aide d'Anatomie à la Faculté

Né à Paris, le 9 Novembre 1900

P A T H O G É N I E

DES

ABCÈS FROIDS THORACIQUES

Président : M. LENORMANT, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

031

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT KAUFMANN

Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux

Aide d'Anatomie à la Faculté

Né à Paris, le 9 Novembre 1900

PATHOGÉNIE

DES

ABCÈS FROIDS THORACIQUES

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1931

LE DOYEN. . . . M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÖPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
LAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.	JOANNON	Hygiène.
UBERTIN	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.
ÉNARD (Henri).	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy) . .	Pathologie médicale.
ROCQ.	Pathologie chirurgicale.	LEMAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngologie.
RULÉ.	Pathologie médicale.	LEVEUF.	Pathologie chirurgic.
ADENAT	Pathologie chirurgicale.	LÉVY-VALENSI. . .	Neuro-psychiatrie.
ATHALA	Pathologie médicale.	LIAN.	Pathologie médicale.
HABROL	Pathologie médicale.	MILLOT	Histologie.
HALLEY-BERT.	Physiologie.	MONDOR.	Pathologie chirurgic.
HEVALLIER . . .	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
GAUDART d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET. . .	Pathologie chirurgic.
OGNON.	Physique.	MOURE.	Pathologie chirurgic.
ONZELOT	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie
CALLE	Obstétrique.	OBERLING.	Anatomie pathologi
EY	Urologie.	OLIVIER.	Anatomie.
ARNIER.	Pathologie expérimentale.	PIÉDELIEVRE . . .	Médecine légale.
ASTINEL.	Bactériologie.	PORTES.	Obstétrique.
ATELLIER. . . .	Pathologie chirurgicale.	QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
IROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
ARVIER.	Pathologie médicale.	SAUNIÉ	Chimie biologique.
HAZARD.	Pharmacologie.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
HOVELACQUE. . .	Anatomie.	VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
HUGUENIN. . . .	Anatomie pathologique.	VAUDESCAL. . . .	Obstétrique.
HUTINEL.	Pathologie médicale.	VELTER.	Ophthalmologie.
		VERNE.	Histologie.
		VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	RETTERRER. . . .	Histologie
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.
EROUX.	Anatom. patologique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale	HEITZ-BOYER . . .	} Clinique chirurgicale (suite)
CHIRAY		MATHIEU	
DEBRÈ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
FIESSINGER		SCHWARTZ	
LIGNEL-LAVASTINE . .		LE LORIER	
BASSET	} Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	} Clinique obstétricale
CHEVASSU		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT (agrégé) .		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

- Avec la collaboration de M. le Professeur Lenormant. — Contribution à l'étude de la rupture des pyosalpinx. — La Presse Médicale, n° 61, 30 juillet 1927.
- Occlusion intestinale aiguë au cours des salpingites. — La Gynécologie, octobre 1930.
- De la gangrène sénile. — Gazette Médicale de France, 1^{er} mars 1931.
- Avec la collaboration de M. Loutfalla. — Sur le phlegmon gangréneux du plancher de la bouche. — Gazette Médicale de France, 15 juillet 1931.
- Quelques considérations sur l'abcès froid thoracique. — Journal de Chirurgie, n° 6, juin 1931.
- Traitement du tétanos déclaré. — Revue de Chirurgie, n° 3, mars 1931.
- Communications à la Société d'Electrothérapie et de Radiologie. — En collaboration avec Mme R. Kaufmann. — Sur le radio-diagnostic des fistules biliaires après injection de lipiodol, 1930.
- Communications à la Société de Biologie. — En collaboration avec Michel Galéa. — Sur le tétanos d'origine digestive, juillet 1931.
- Communications à la Société Anatomique.
- En collaboration avec Gaston Cordier. — Sur un muscle tympano-ptérygoïdien, juin 1925.
- En collaboration avec M. le D^r Bergeret. — Sur une anomalie génitale, 7 février 1929. — Anomalie de l'artère sous-clavière droite, 7 février 1929.
- Prolapsus du cæcum à travers un anus iliaque droit, 4 décembre 1930. — Pathogénie des abcès froids du thorax, 6 novembre 1930.
- En collaboration avec Marcel Fèvre et Pierre Lecœur. — Luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière, 5 mars 1931.
- Incision intrarectale des abcès péri-ano-rectaux au début, 7 mai 1931. — Remarque sur le traitement des abcès péri-ano-rectaux, 7 mai 1931. — L'adénite tuberculeuse de la chaîne mammaire interne, 4 juin 1931.
-

A MES PARENTS

A MON FILS PIERRE

A MA FEMME

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR PAUL LECÈNE

A M. LE PROFESSEUR LENORMANT

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE LA PITIÉ
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a accepté la présidence de ma thèse et m'a
conduit depuis le début de mes études mé-
dicales.*

Avec ma respectueuse reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR FREDET
CHIRURGIEN DE LA PITIÉ
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a inspiré ce travail. Hommage de respect et d'affection.

A M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE
PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de mon respectueux attachement.

A M. LE PROFESSEUR HARTMANN

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL MOURE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR BOIDIN
MÉDECIN DE L'HOPITAL BICHAT
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR LABEY
CHIRURGIEN DE LARIBOISIÈRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR CADENAT
CHIRURGIEN DE SAINT-LOUIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MM. LES DOCTEURS :

PIERRE WILMOTH

ANDRÉ RICHARD

LOUIS BAZY.

SERGE OBERLIN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYC.

M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*).

Externat

M. LE PROFESSEUR LENORMANT.

M. LE PROFESSEUR GRÉGOIRE.

M. LE DOCTEUR BOIDIN.

Internat

1927 PROFESSEUR LENORMANT.

DOCTEUR LABEY.

1928 PROFESSEUR HARTMANN.

1929 DOCTEUR FREDET.

1930 { PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT.
PROFESSEUR LENORMANT.

A MM. LES DOCTEURS :

BERGERET.

BOPPE.

PETIT-DUTAILLIS.

A M. LE PROFESSEUR MAUCLAIRE

A M. LE PROFESSEUR VALLÉE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

M. LE PROFESSEUR LEGUEU.

Les documents anatomiques sur lesquels repose ce travail, sont les photographies des pièces opératoires de M. Fredet.

Ces pièces ont été présentées à la Société anatomique, le 6 novembre 1930.

A chaque photo est adjoint un schéma, ce qui laisse le document original vierge de toute tentative d'interprétation.

Ces schémas étaient d'ailleurs nécessaires, car la tuberculose des parois du thorax est dépourvue de toute qualité photogénique.

R. K.

Pathogénie des abcès froids thoraciques

C'est chez mon Maître, M. le Docteur Fredet, alors que j'avais l'honneur d'être son interne, que je décidai d'étudier les abcès froids de la paroi thoracique.

Lorsque je commençai de communiquer mon dessein, en quête d'un encouragement, je remarquai que ma confiance provoquait une désapprobation générale :

« Les abcès froids du thorax n'étaient guère intéressants ;
« tout était dit à leur sujet : Souligoux en avait éclairé tous
« les points obscurs. Et puis, cette chirurgie peu brillante
« n'avait que de piètres résultats... »

Deux de mes maîtres réchauffèrent en moi un zèle qui se développait, à mesure que j'apprenais à mieux connaître la question.

M. Fredet mis à ma disposition une cinquantaine d'observations prises par lui-même, avec des pièces réséquées en bloc, où l'anatomie pathologique de l'abcès froid était vérifiable. Il m'affirma que, *depuis 20 ans, il ne croyait plus à la tuberculose costale*. Enfin, comme il avait suivi ses malades, il connaissait les résultats éloignés de ses interventions : et c'est là un chapitre de la question qui n'avait pas encore été écrit.

M. le Professeur Lenormant me confia ses observations et me prodigua ses encouragements ; il me dit : « qu'un sujet n'est sans intérêt que pour celui qui l'ignore » ; et me fit voir, en peu de minutes, les lacunes de nos connaissances sur maints chapitres de la question.

Je dois à la bienveillance de mes deux maîtres les moyens qui m'ont permis de partir en campagne.

C'est à eux, et à la grande mémoire de Souligoux, que va ma pieuse reconnaissance : ils m'ont donné la joie de dépister beaucoup d'erreurs dans ce qui est écrit sur les abcès froids du thorax.

C'est à eux que je dois d'avoir pu établir quelques faits généralement mal connus :

Les abcès froids du thorax sont presque tous *des adénophlegmons tuberculeux*, nés dans les ganglions intercostaux, mammaires internes ou latéro-vertébraux.

La tuberculose costale est une contingence *secondaire* à cette adénopathie.

La tuberculose primitive des cartilages costaux est très souvent établie sur des erreurs d'interprétation.

Pour fonder ces propositions, il suffisait d'en trouver le germe dans le mémoire de Souligoux, et de les vérifier en disséquant les pièces que M. Fredet collectionnait depuis des années.

Il faut ne croire que ce que l'on voit et non point admettre parce que l'on a lu.

★★

Ce travail comprend deux parties :

1°) La statistique des services de MM. Fredet et Lenormant, à laquelle sont adjointes les observations personnelles de 5 malades. Suivent nos conclusions personnelles.

2° La seconde partie de ce travail est une étude des textes. Elle prouve que ces conclusions ne sont pas en contradiction *de fait* avec ce qu'avaient observé nos devanciers.

Nous ne critiquons que leurs *interprétations*.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Considérations Historiques

Je me garderai d'écrire à nouveau un chapitre si complètement étudié dans le mémoire de Souligoux.

C'est dans ce travail qu'on voit, après de nombreuses pérégrinations, la tuberculose des parois du thorax se fixer enfin en trois lieux d'élection :

la plèvre,
les ganglions,
le squelette.

Il semble que les choses se soient ainsi passées :

Au XIX^e siècle, époque où fleurissent d'imposants mémoires, on étudie les observations provenant de grattages qui ne montrent pas bien les lésions, ou de l'autopsie d'abcès défigurés par une longue fistulisation.

De là, on voit éclore, ornées des fleurs de la rhétorique, des hypothèses telles que la périostite externe ou la tuberculose des bourses séreuses... il convient d'en passer, voire des plus ingénieuses.

Puis, des élèves de Terrier résèquent en bloc les tubercules sans les ouvrir. On aurait pu lire la pathogénie sur ces pièces, mais il est visible qu'elles ont trop souvent été examinées avec un esprit prévenu par la lecture des prédécesseurs. On retrouve à chaque pas la volonté préconçue de ne voir que de l'ostéite ou de la chondrite primitive.

Cependant, quand on présente ces observations ainsi interprétées devant les Sociétés Savantes, bien souvent, des objections s'élèvent.

Elles sont immédiatement combattues par des notions théoriques. On ne discute plus des faits ; on cite des auteurs. Et quand la vérité tente de percer, d'emblée elle subit la contre-attaque d'arguments non vérifiés et de citations étrangères.

En définitive, la doctrine de l'ostéite costale primitive, ou même celle de la chondrite, apparaissent un peu comme un dogme.

Nous établirons que la théorie ganglionnaire de l'abcès froid thoracique est plus générale. C'est, en plus, la seule qui soit démontrée par les faits.

Les conséquences chirurgicales de cette façon de penser sont des plus importantes : l'opération pathogénique de l'abcès froid devient alors *une adénectomie*, la résection costale n'étant plus que la manœuvre d'exposition des parties initialement malades.

Statistique

Nous rapportons 84 observations de malades adultes, et qui proviennent de 3 sources :

Docteur Fredet.....	51
Professeur Lenormant.....	28
Observations personnelles	5
	84

Sexe : Sur 83 malades :

57 sont des hommes : soient	68,5 %
26 sont des femmes : soient	31,5 %

Age : L'âge moyen des malades est 32 ans : évaluée par sexe, cette moyenne est de 33 ans pour les hommes, et 30 pour les femmes.

Au-dessous de 18 ans et au-dessus de 50, il y avait presque 2 fois plus de femmes que d'hommes.

Il ne s'agit là que de cas jugés opérables, chez l'adulte.

CHAPITRE II

Etiologie

L'abcès froid thoracique est un tuberculôme.

N'envisageant que l'anatomie macroscopique, nous n'avons pas fixé notre attention sur les autres affections à évolution caséeuse, telles que certaines mycoses de la région.

Voici des chiffres, et trop faibles, sans aucun doute.

13 fois, les signes d'auscultation pleuro-pulmonaire sont défavorables.

12 malades présentaient d'autres adénopathies (cervicales ou inguinales) ou des abcès thoraciques récidivés.

7 ont été atteints de tuberculose pulmonaire.

6 en sont morts dans des délais variables.

8 fois, on a noté l'existence d'une pleurésie sérofibrineuse certaine, parce que ponctionnée.

En moyenne, sur 84 cas, on a décelé 30 fois l'atteinte antérieure de la tuberculose (36 %).

Mais nous allons montrer combien ce chiffre, établi sur des données cliniques trop imprécises, est inférieur à la réalité.

Voici 2 ordres de documents qui établissent bien les rapports de la tuberculose pleuro-pulmonaire avec l'abcès froid du thorax. Ce sont :

- a) La statistique de nos malades pleurétiques ;
- b) Des radiographies de champs pleuro-pulmonaires.

PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE ET ABCÈS FROID THORACIQUE.

Une telle notion est singulièrement fréquente : sur 30 observations rapportant des antécédents bien étudiés, la pleurésie sérofibrineuse a été notée 8 fois, soit plus d'une fois sur quatre.

Une telle fréquence n'avait pas échappé aux anciens auteurs : Laennec, Boyer, et surtout Leplat qui voulait reconnaître une origine pleurale à presque toutes les suppurations des parois thoraciques.

Cette pleurésie a toujours précédé l'apparition de l'abcès de moins de *trois* ans (en moyenne 2 ans et 7 mois).

Le malade de l'observation 3 avait eu, 5 ans auparavant, une pleurésie purulente, suite de blessure par éclat d'obus.

RADIOGRAPHIES DES MALADES.

Nous apportons les clichés des malades que nous avons opérés ou revus : il s'agit de documents accumulés en série, pour que le lecteur puisse se faire une opinion d'ensemble.

Voici ce qu'ils enseignent :

1° Quant à l'abcès froid proprement dit, ces radiographies sont singulièrement peu éloquentes, mais chacun sait qu'on ne cherche pas de détail d'ordre opératoire sur la radiographie d'un thorax atteint d'abcès froid.

2° Elles donnent un compte rendu très fidèle de l'état pleuro-pulmonaire des porteurs de ces lésions : ce sont tous des tuberculeux radiographiquement évidents.

Pas une radiographie n'est rassurante ; il y en a même de très inquiétantes.

Cependant la notice adjointe montre que certains de ces malades sont opératoirement guéris et cliniquement fort bien portants. Et, pour conclure, nous tirerons des indications opératoires *très larges* de cette enquête radiologique : la chirurgie peut améliorer beaucoup de mauvais cas.

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique

Nous n'avons envisagé que l'abcès froid thoracique autochtone.

C'est-à-dire celui qui naît dans la paroi thoracique et s'y développe.

Les cavernes tuberculeuses pulmonaires ou les abcès rachidiens migrant dans les espaces intercostaux ont été éliminés :

★★

SIÈGE :

L'abcès froid du thorax a 3 lieux d'élection :

les bords du sternum,

la ligne axillaire moyenne,

la région dorsale, vers l'angle des côtes.

Voici dans quelles proportions :

Cas utilisables	76	
Abcès latéro-sternal	36	47 %
Abcès axillaire moyen	29	38 %
Abcès dorsal	11	14 %

Souligoux expliquait cette topographie des abcès en invoquant les 3 perforations de l'espace intercostal. Alors que

son explication rendait très exactement compte de ce qui se passe aux deux extrémités de l'espace intercostal, elle est un peu moins satisfaisante pour l'abcès dit axillaire moyen, qui ne correspond pas toujours très bien aux exigences de l'anatomie.

Nous pensons que ces abcès froids naissent dans les ganglions lymphatiques :

La chaîne mammaire interne est le siège des abcès latéro-sternaux ; les amas latéro-vertébraux, celui des abcès dorsaux. Quant à l'abcès dit axillaire moyen, il se développe en un point quelconque de l'espace intercostal, dans des ganglions lymphatiques dont certains répondent à la ligne axillaire moyenne.

Mais souvent, l'abcès fuse en avant ou en arrière, et le qualificatif d'axillaire moyen ne correspond plus qu'à une approximation assez grossière ; au reste, on les appelle axillaires moyens, parce que la schématisation, quand elle n'est pas contraire à la vérité, est un moyen de soulager l'esprit.

FORME DE LA POCHE.

Chaque fois que nous avons pu examiner la pièce par une section perpendiculaire à l'axe de l'espace intercostal, nous avons vérifié que l'abcès froid est en bissac.

Une poche, souvent liquide, est superficielle, sous-tégumentaire ; une poche, plus fréquemment caséuse, est rétrocostale, extra-pleurale. Un pertuis intercostal plus ou moins indirect les fait communiquer.

La notion d'abcès sus-costal, étayée par l'argument clinique de collection non réductible dans le thorax, nous semble une idée fausse. La notion de réductibilité repose sur les propriétés physiques du pus tuberculeux sur le calibre du pertuis, et sur l'état anatomique des poches.

Nous ne connaissons pas, d'autre part, d'observation probante d'abcès sus-costal ; nous connaissons, par contre, beaucoup de mécomptes qui sont advenus à des opérateurs trompés par la notion d'abcès sus-costal. Je citerai en exemple l'observation 7 :

1^{re} intervention en juillet 1921 : c'est le type de l'opération d'un abcès sus-costal. Mais, six mois après, il faut réopérer un abcès récidivé. L'ablation d'un ganglion caséeux rétrocostal donne alors une guérison suivie pendant 2 ans.

C'est donc dans un style chirurgical que nous formulerons nos conclusions sur l'anatomie des abcès du thorax :

L'opération pathogénique d'un abcès froid du thorax comporte la cure radicale de la poche rétrocostale intrathoracique.

Ce prolongement profond du fungus doit être enlevé, ou, tout au moins, parfaitement exposé.

Si la succession des temps opératoires ne conduit pas directement le chirurgien sur ce foyer, il devra supposer *qu'il voit mal*. En principe, il ne faut pas croire à l'abcès sus-costal.

Par conséquent, il faut mettre tout en œuvre pour dépister ce foyer profond, dont l'existence est (pratiquement) constante.

Cela nécessite d'assez larges résections osseuses. Mais le squelette du thorax n'a pas une importance fonctionnelle si considérable pour qu'on hésite devant un sacrifice costal, condition immédiate et nécessaire d'une opération rationnelle.

ÉTAT DE LA PLÈVRE ET DU PÉRICARDE.

En général, quand on a bien clivé ces membranes du fascia endothoracique, on reconnaît qu'elles sont *libres*. Dans la plèvre, en particulier, on voit le poumon jouer normalement.

Dans 25 de nos observations (1), l'état de la plèvre n'est pas douteux ; on le décrit ainsi :

plèvre libre...

jeu du poumon visible...

les culs-de-sac médiastinaux sont parfaitement libres...

on suture l'ouverture d'un pneumothorax opératoire avec du catgut fin enfilé sur une aiguille de couturière...

D'autres auteurs sont encore plus intransigeants que nous sur la question de l'intégrité de la plèvre .

E. Sorrel et Mme Sayac-Dromer écrivent à ce sujet (chez l'enfant) :

« Dans les 35 cas d'abcès froids... qui ont été opérés dans le service... l'état de la plèvre a toujours été vérifié avec soin ; jamais elle n'était intéressée ».

Sans continuer la citation de textes, notre tâche actuelle se borne à consigner les faits établis :

L'intégrité de la cavité pleurale sous-jacente à l'abcès froid du thorax correspond à la généralité des cas.

A) Cette loi est établie sur des observations relatant la vérification de la plèvre.

B) Au cours de nos cinq interventions, nous avons vérifié cinq fois que la plèvre était libre.

C) Les 12 pièces dont nous présentons les photographies, ont été extirpées par M. Fredet grâce à un clivage facile, qui existait entre le fond de l'abcès froid et la plèvre pariétale.

D) Nous ne connaissons pas de petit abcès froid ayant traversé le fascia endothoracique.

E) Si la plèvre n'était pas macroscopiquement saine, on ne courrait que rarement le risque de faire un pneumo-

(1) Nos 9-14-16-17-18-25-29-32-35-36-37-40-48-49-50-52-53-54-57-67-74-76-83-84.

thorax opératoire : on tomberait simplement dans des adhérences ou dans le tissu pulmonaire.

Or, de tels cas existent, et nous en rapportons des observations (10 et 23). Il y a des tuberculoses pulmonaires et pleurales infectant directement la paroi thoracique.

Il est impossible que la plèvre soit toujours saine au cours d'une affection telle que l'abcès froid du thorax, dont l'origine est une fois sur quatre une pleurésie.

Il était donc nécessaire de confronter les opinions et les faits. Aussi avons-nous consacré un chapitre entier à la théorie du pleurôme, telle que l'avait énoncée Leplat. Il figure dans la partie critique de ce travail.

Mais il est d'ores et déjà un ensemble d'enseignements opératoires que le chirurgien doit tirer de l'anatomie pathologique de la plèvre dans l'abcès froid du thorax :

Facteur étiologique de première importance, la plèvre est néanmoins *libre* au contact de la majorité des abcès froids du thorax.

Il faut ne pas perdre de vue, l'état de cette séreuse, qui paraît saine, encore qu'elle soit responsable du mal.

Il y a lieu de supposer que l'épisode initial, *pleural*, de la maladie, a subi une évolution favorable, et qu'il s'agit, dès lors, d'accidents pariétaux, qui n'ont avec la pleurésie que des rapports successifs de cause à effet, et non des rapports anatomiques de continuité.

Il est surtout permis de supposer qu'un traitement chirurgical correct de l'abcès froid doit améliorer l'état de la séreuse.

Tout au moins une telle intervention permettra à la tuberculose pleurale d'évoluer sans les complications pariétales d'un abcès qu'on laisserait fistuliser.

ETAT DU SQUELETTE.

Nous n'avons personnellement jamais rencontré une altération osseuse *sans qu'un ganglion caséux ne siégeât à son contact immédiat.*

Pour nous, la tuberculose costale ou cartilagineuse est certainement *secondaire* à celle des glandes lymphatiques adjacentes à l'os.

Nous rapportons les photographies de toutes les pièces qui sont dans le laboratoire de M. Fredet, et l'on peut y voir que le squelette d'un abcès froid thoracique de volume moyen, *non fistulisé*, est généralement sain.

Sur les coupes, on reconnaît des amas caséeux qui sont des ganglions intercostaux.

En somme, nous rapportons des document photographiques concernant 12 abcès froids thoraciques pris au hasard.

Le squelette est sain dans :

10 cas sur 12.....	(83 %)
Il est altéré 2 fois.....	(17 %)

De ces altérations squelettiques, l'une — celle de l'observation 42, — est manifestement *secondaire* à une adénopathie.

Sur la vue antérieure de la pièce (photo 1, planche 2), un ganglion tuberculeux, gros comme un noyau de pêche, est vu, reposant dans une caverne costale qui le moule.

Mais sur la photo 2, qui représente la même pièce retournée après dédoublement de la côte, on voit que la demi-épaisseur postérieure de l'os est *intacte*. L'adénite tuberculeuse est rencontrée par la coupe.

Une telle pièce, opérée par résection de la côte malade et grattage des fongosités, aurait pu passer pour une tuberculose costale primitive, ce qui eût été une erreur certaine.

La seconde pièce présentant une altération costale appartient à l'observation 45.

En dédoublant les 3 côtes, sur la face antérieure desquelles repose un abcès large comme une paume et récidivé (photo 3, planche II), nous avons trouvé un foyer d'ostéite costale (photo 4, planche II), moins gros qu'un noyau de

cerise, envahissant la demi-épaisseur antérieure de la côte (face sur laquelle s'étale le tuberculôme.

Le problème se pose donc de savoir quel est le premier en date de ces deux tubercules : quel est le foyer initial, est-ce la lentille osseuse, ou l'orange pariétale?

Ne pouvant rien prouver (encore que parfaitement convaincu), nous ne prendrons pas parti et nous compterons cette pièce à l'actif des ostéites costales primitives douteuses.

Cette lésion représenterait alors 8,5 % des cas que nous avons vérifiés.

Il suffit de jeter un regard sur les autres photographies pour se rendre compte que côtes et cartilages traversent des masses caséeuses au contact desquelles leur état se maintient longtemps intact.

Nous avons fait les mêmes constatations au cours des opérations.

Mais alors, d'où vient que la croyance dans la tuberculose costale primitive soit si généralement répandue ? Comment se fait-il que personne n'ait jamais contesté la tuberculose costale sans encourir le blâme de chacun ? Depuis qu'on opère et qu'on étudie ces lésions, on aurait bien dû reconnaître la vérité.

C'est au chapitre de discussion des textes que nous montrerons par quelle étrange conjuration l'ostéite costale secondaire a toujours été systématiquement niée par des auteurs qui voulaient ne voir que de la tuberculose costale primitive.

On a trop étudié l'anatomie pathologique de l'abcès froid thoracique sur des pièces *fistulisées* et qu'une surinfection avait rendues méconnaissables.

On n'a pas assez été frappé par certaines étrangetés de cette tuberculose costale soi-disant primitive.

Pourquoi la lésion de la côte prédomine-t-elle toujours à

la face interne ? Quelle curieuse coïncidence que ce soit justement la face que touchent les ganglions.

Pourquoi ne pas s'étonner en lisant cette description d'un abcès *osteopathique* par Souligoux (page 26) ;

« Le stylet introduit par la fistule n'a pu souvent décou-
« vrir *aucune lésion osseuse*... l'on ne trouve pas de point
« osseux dénudé, mais l'opérateur prévenu remarquera çà
« et là... des orifices qui s'enfoncent dans la paroi thoraci-
« que comme des terriers... et alors nous tomberons sou-
« vent dans une poche sous-costale, sous-sternale ».

Sont-ce là des lésions *d'ostéite primitive* ?

Pourquoi, dans 60 % de nos observations, est-il mentionné : os sains ?

Pourquoi 91,5 % des abcès réséqués en bloc enveloppent-ils un squelette primitivement intact ?

Si la lésion osseuse était primitive,

1° Il y aurait des pièces d'ostéite primitive dans des musées et des laboratoires, ou leur reproduction dans des mémoires ; on pourrait voir la coupe d'un abcès centré sur l'ostéite, alors que cette préparation le montre, au contraire, issu de ganglion.

2° L'adénopathie symptomatique, — si tant est qu'elle dût exister, — serait alors dans le territoire lymphatique drainant le segment d'os malade, et non point toujours *au contact* de l'ostéite.

3° On guérirait les abcès froids du thorax par une résection costale qui peut toujours être très étendue.

Le pronostic de l'abcès thoracique opéré serait donc bien meilleur qu'il n'est en réalité.

ALTÉRATIONS DES GANGLIONS

Dans 57 cas où l'on a, soit opératoirement, soit sur la pièce, recherché l'adénopathie, on l'a trouvée 40 fois.... 70 % des cas.

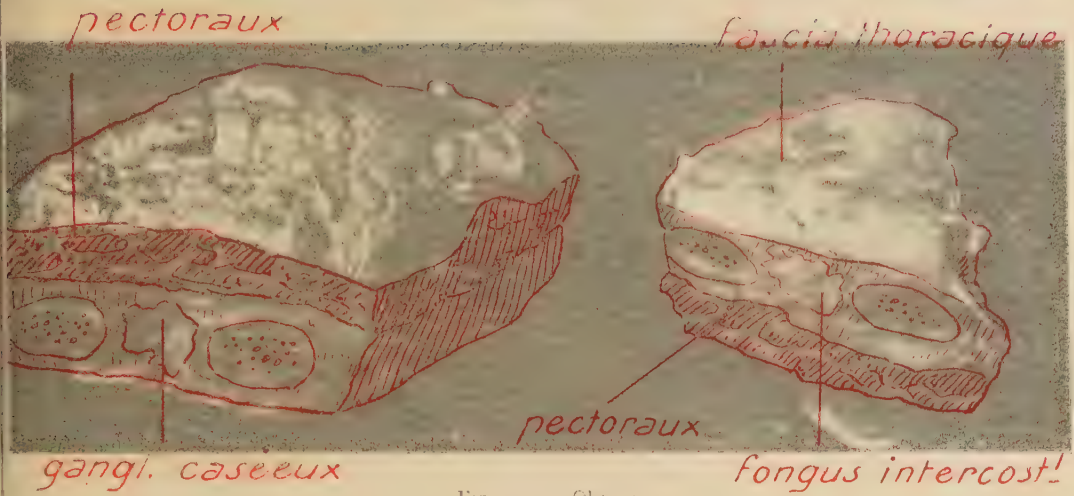


FIG. 1. — Obs. 2
Abscès froid du thorax réséqué en bloc

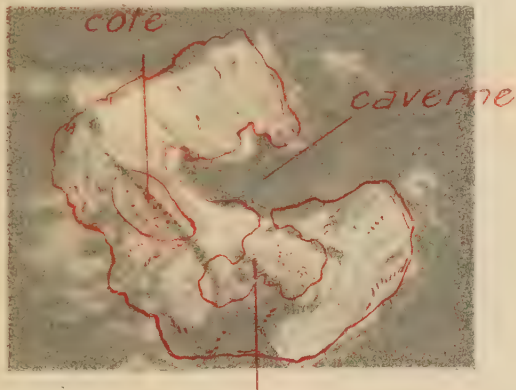


FIG. 2. — Obs. 3
fongus sous costal
La section de dédoublement de la côte, sous elle un ganglion malin dont l'abcès est issu



FIG. 3
Pièce de la figure 2 ouverte : la côte est saine

PLANCHE 1

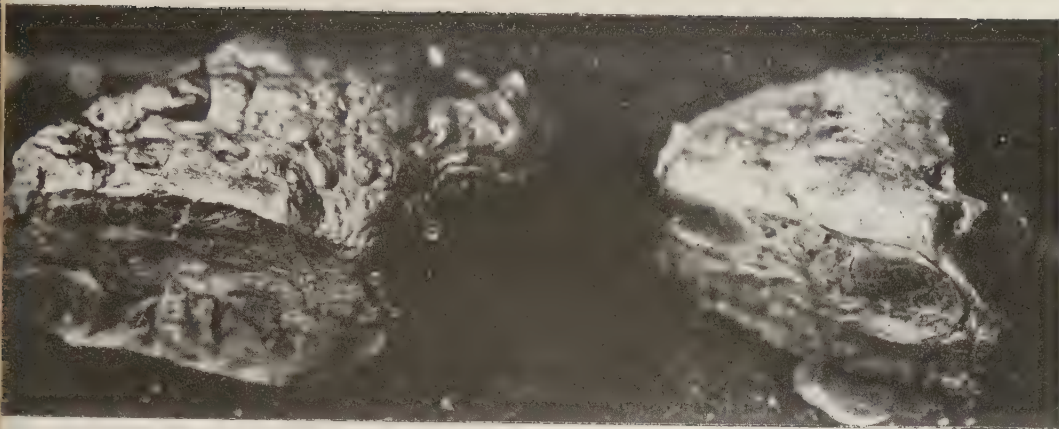


FIG. 1. — Obs. 2
Abscess froid du thorax réséqué en bloc



FIG. 2. — Obs. 7
La section de dédoublement de la côte. Sous elle un ganglion malade
dont l'abcès est issu

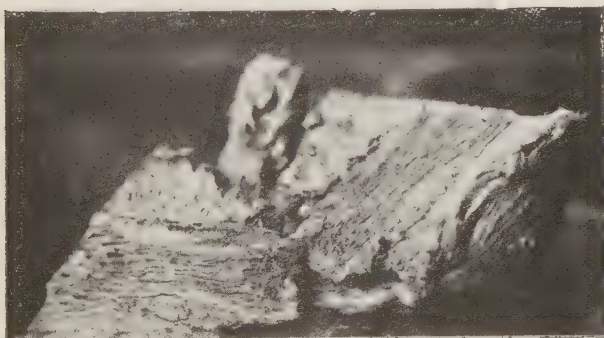


FIG. 3
Pièce de la figure 2 ouverte : la côte est saine

PLANCHE II

Rapports des lésions costales avec celles des ganglions

R. Obs. 42

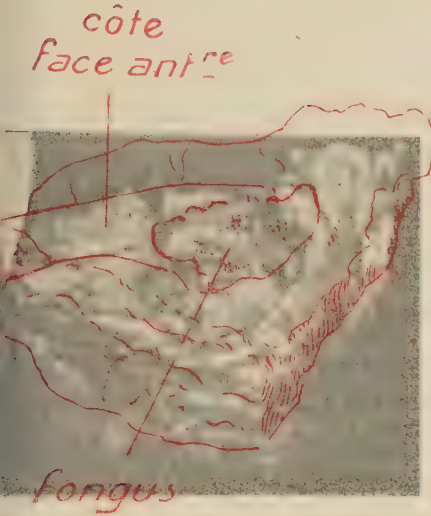


FIG. 1

face antérieure : le ganglion logé dans la cavité costale

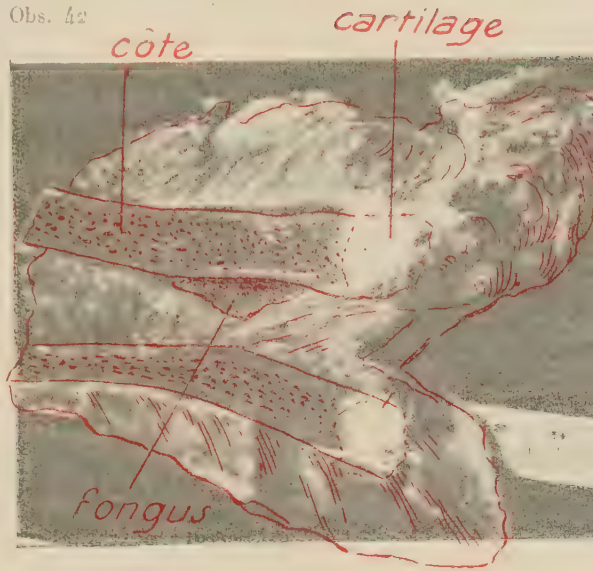


FIG. 2

La même pièce retournée est divisée parallèlement à la côte : celle-ci est saine

Sous la côte supérieure, le fongus ganglionnaire

C. Obs. 45



FIG. 3

Le tuberculôme vu d'en avant les lésions des parties molles sont larges comme la main

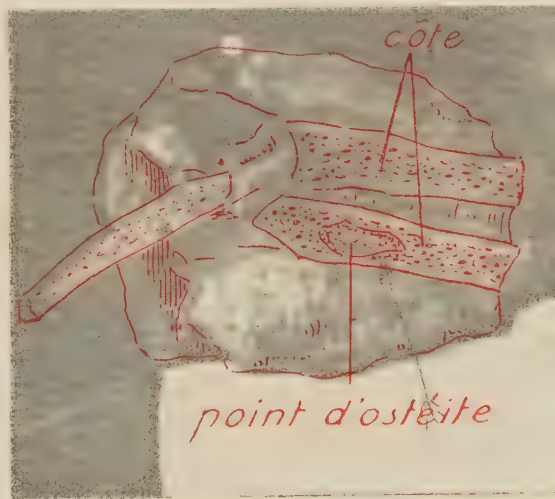


FIG. 4

Son squelette dédoublé, avec une altération de l'os qui est plus petite qu'un pois-chiche

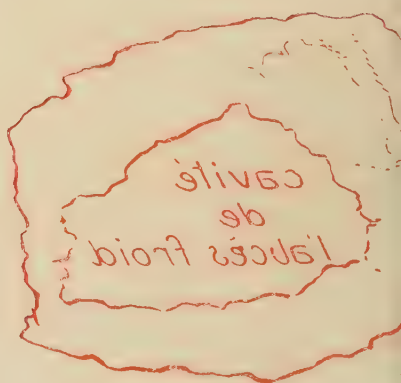
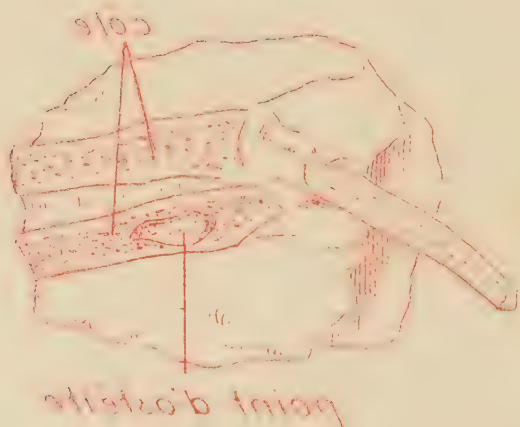
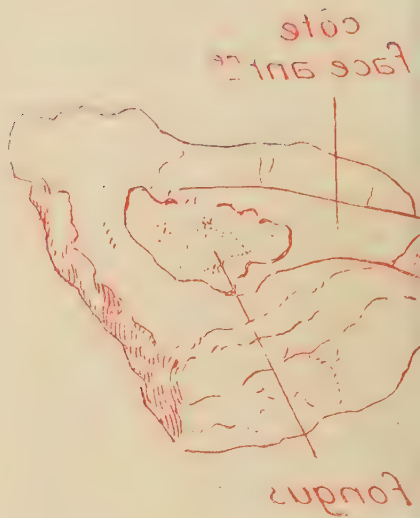


PLANCHE II

Rapports des lésions costales avec celles des ganglions

R. Obs. 42

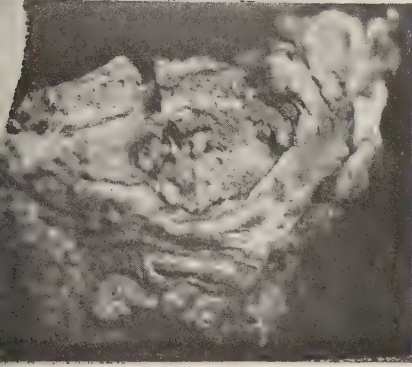


FIG. 1
e antérieure : le ganglion logé dans
la caverne costale



FIG. 2
La même pièce retournée est divisée parallèlement
à la côte : celle-ci est saine
Sous la côte supérieure, le fungus ganglionnaire
C. Obs. 45

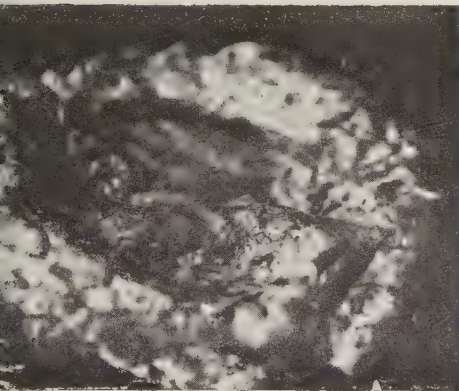


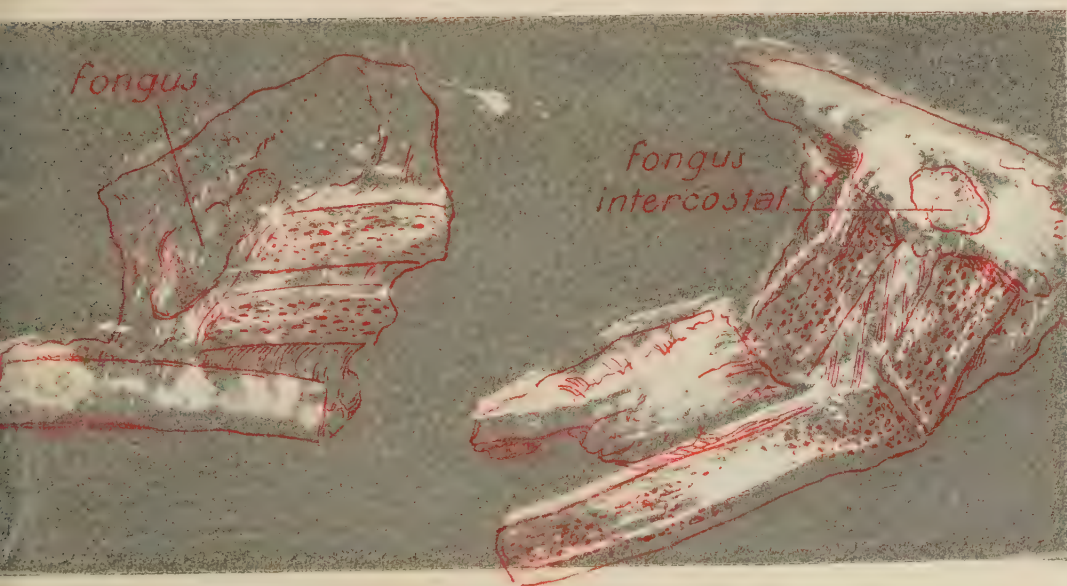
FIG. 3
Le tuberculôme vu d'en avant
les lésions des parties molles
sont larges comme la main

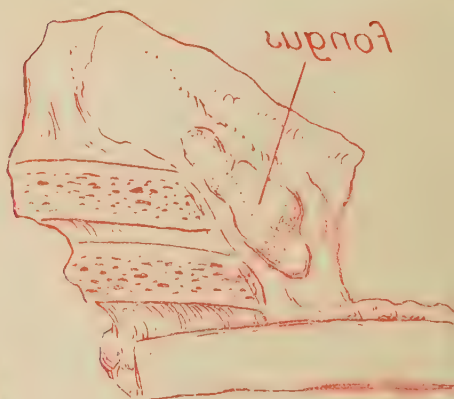
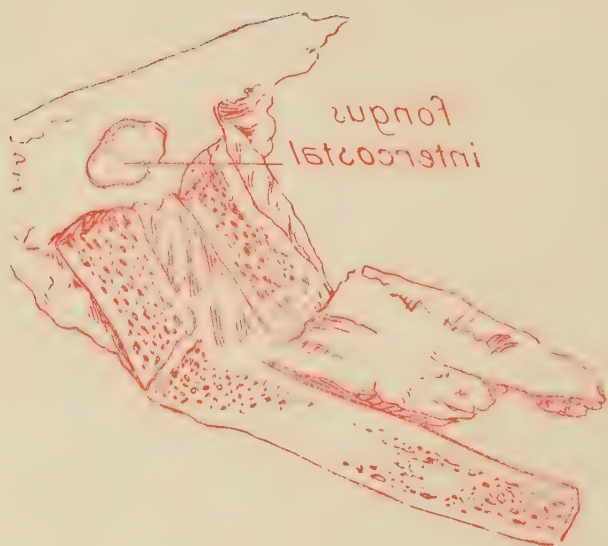
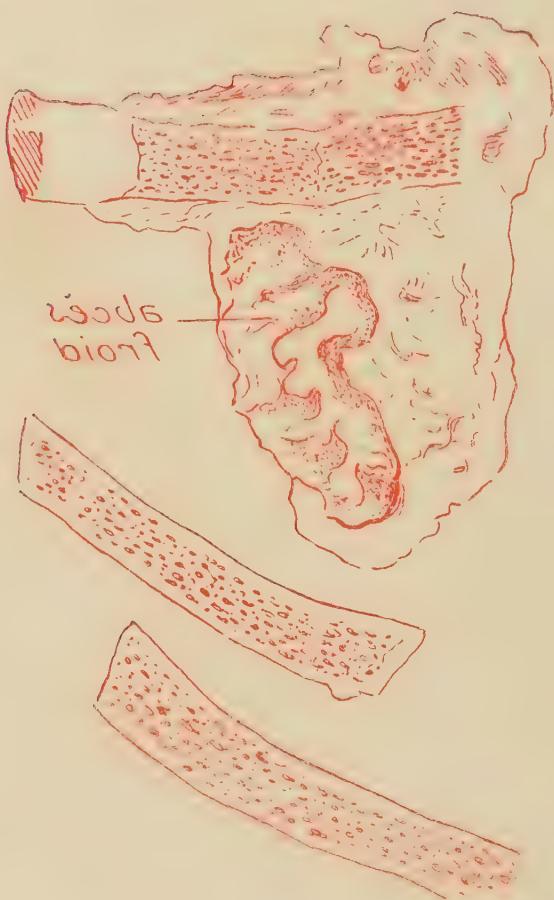


FIG. 4
Son squelette dédoublé, avec une altération de l'os
qui est plus petite qu'un pois-chiche



1) Madel., Obs., 401





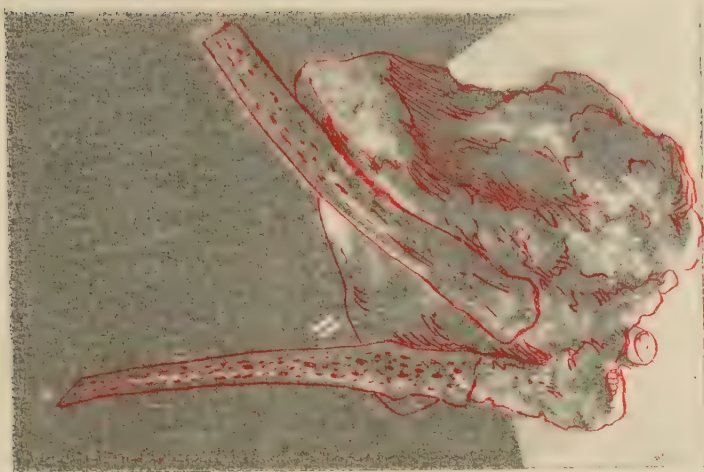
2 pièces d'adénopathies sans altération costale.



1) Mala, Obs. 40



PLANCHE IV



-Chaz... (obs. 46)

Les parties molles comprennent un ganglion mammaire interne avec un segment des vaisseaux



Mull. . (obs. 35)

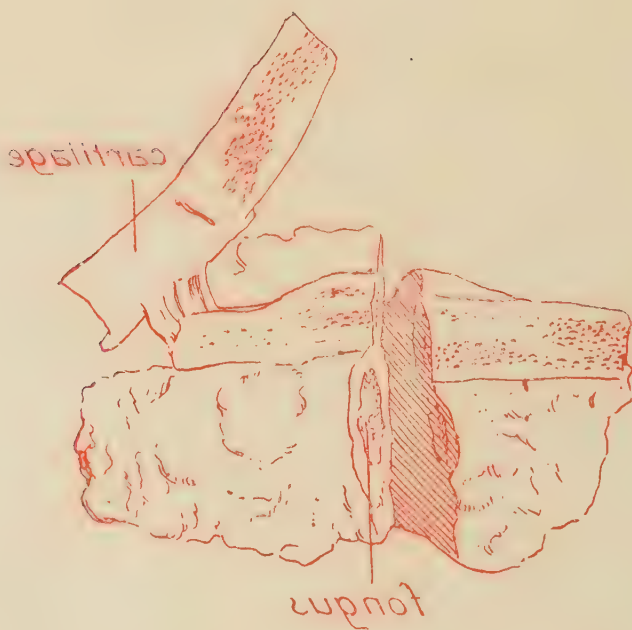
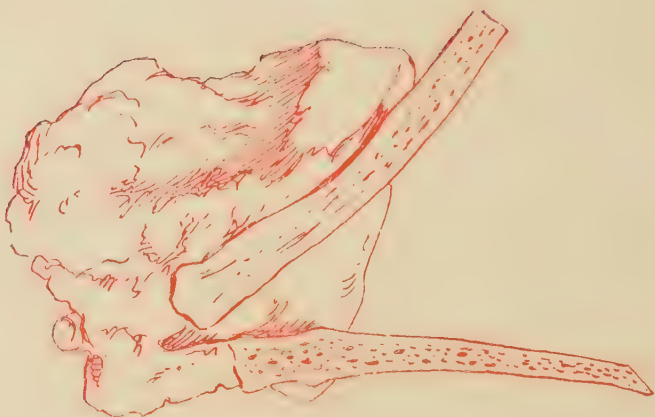


PLANCHE IV



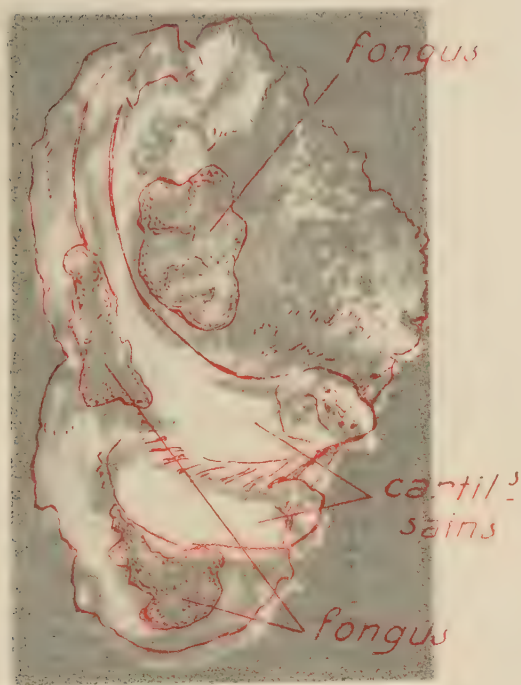
Chaz... (obs. 46)
Les parties molles comprennent un ganglion mammaire
interne avec un segment des vaisseaux



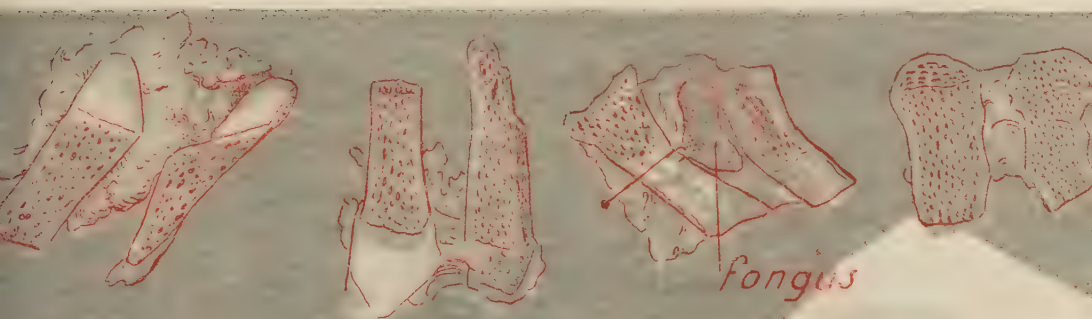
Malb... (obs. 35)



PLANCHI V



Pui... (obs. 50)
 2 avec costaux et leur cartilage traversent des masses fongueuses



Cabr. (obs. 44)
 Adénopathie avec intégrité du squelette

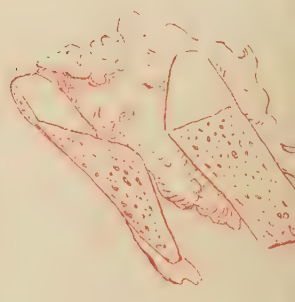
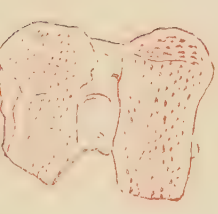
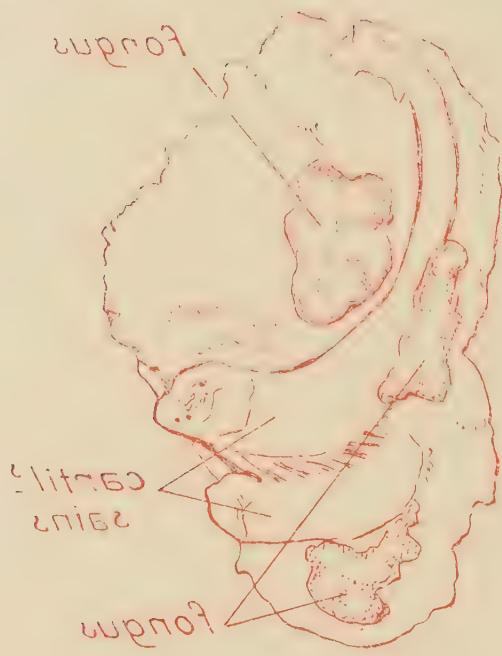


PLANCHE V



Pui... (obs. 50)
2 arcs costaux et leur cartilage traversent des masses fongueuses



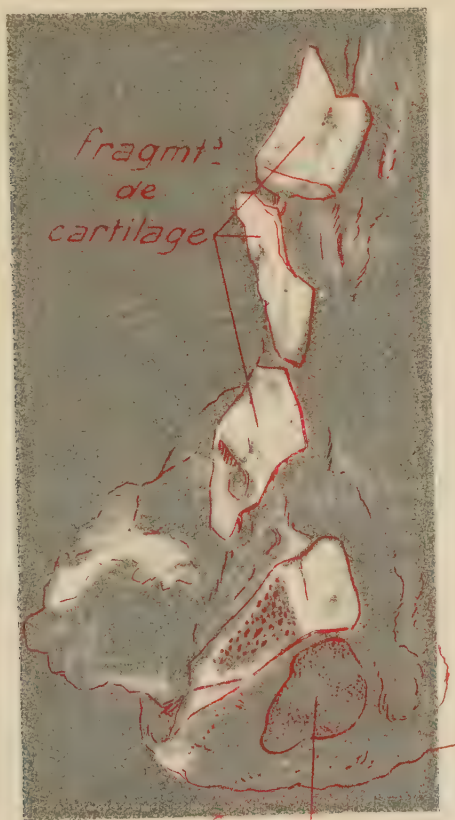
Cabr. (obs. 44)
Adénopathie avec intégrité du squelette



PLANCHE VI



Fig. 1 obs. 55. Un tubercule et les os sur lesquelles il repose



Gue... obs. 37. Os & cartilages sains



PLANCHE VI

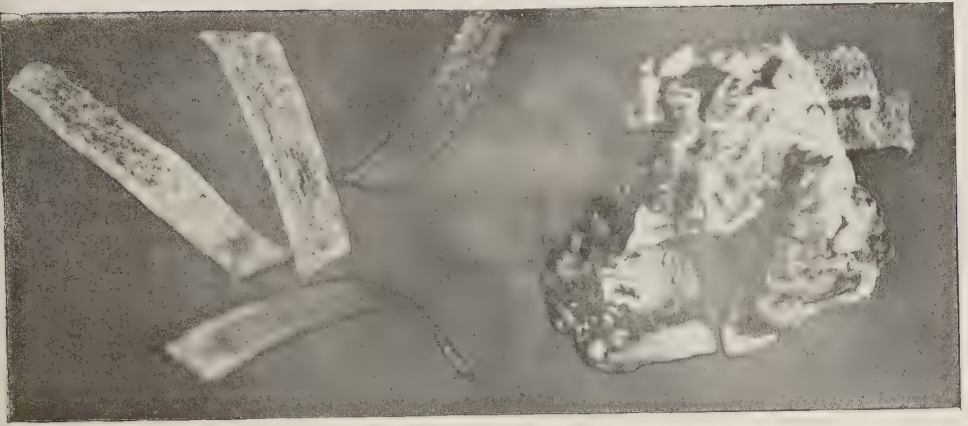


FIG. 1 (obs. 25) Un tuberculôme et les côtés sur lesquelles il repose



Guén... (obs. 37) Os et cartilages sains

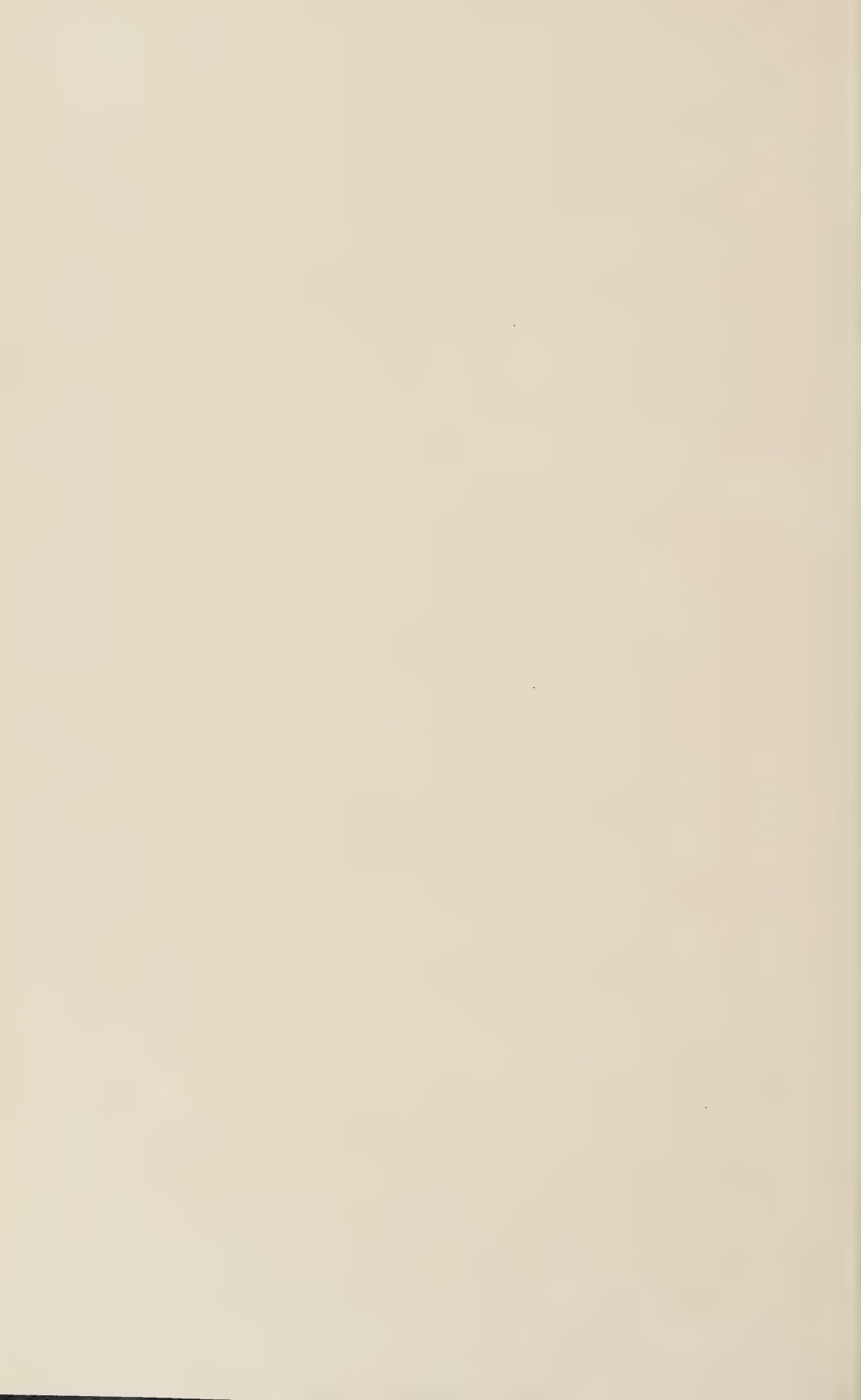


PLANCHE VI ^{bis}

2 documents qui tendent à prouver la « tuberculose costale »



Extraits d'un mémoire paru en 1929 dans les Annales Médico Chirurgicales
de l'appareil respiratoire



Qu'on jette un regard sur les photographies non retouchées et provenant de pièces prises au hasard qui figurent dans ce travail : on y lit que l'origine du tuberculôme s'est faite dans les parties molles. Ni la plèvre, ni le squelette ne sont en cause, et *neuf* fois, les coupes montrent à l'évidence une adénopathie.

2 fois, le Professeur Lenormant dut réintervenir sur une adénopathie axillaire qui s'était développée à la suite d'« *ostéites* » traitées par la résection par d'autres chirurgiens (observations 55 et 56).

Dans l'observation 7, on lira comment une récidue d'abcès traité par une résection osseuse ne fut guérie d'une façon durable qu'après adénectomie.

Souligoux lui-même ne croyait plus, vers la fin de sa vie, à l'ostéite costale. Et c'est lui, à qui l'on doit cette remarquable description de l'adénite intercostale, qui dira, en 1925, devant la Société de Chirurgie de Paris : « Je ne suis « même pas amené à croire à la tuberculose costale. »

Quand il avait décrit, en 1894, les abcès froids du thorax, il avait, utilisant les observations qu'il possédait, ménagé une large part aux abcès causés par le pleurôme et à ceux qu'engendre l'ostéite.

Mais depuis, nos ambitions se sont élargies, grâce aux moyens d'investigation plus récents et à la bénignité plus grande de la chirurgie opératoire.

Nous voulons opérer plus précocement, pour avoir des résultats meilleurs : il nous faut établir nos concepts opératoires sur une anatomie pathologique surprenant le *début* des lésions.

Or, cette anatomie pathologique ne peut reposer que sur la dissection de *petits* abcès réséqués en bloc.

C'est cette pratique qui nous a fait voir que l'*adénite* tuberculeuse dominait l'étiologie des abcès froids du thorax.

Les lésions pleurales, qui sont à l'origine de l'abcès froid,

ne sont plus macroscopiquement décelables quand on intervient sur ce dernier.

Les lésions de l'os ne sont qu'une contingence *secondaire à l'adénopathie*. Que si l'on nous fait voir un abcès froid fistuleux depuis des années, on ne cherche pas à nous faire prendre pour de la carie la périostite et la nécrose, banalement engendrées par l'infection secondaire.

Les caractères macroscopiques sont trop différents entre nécrose secondaire et carie primitive pour qu'on soit excusable de confondre aujourd'hui des choses que Jean-Louis Petit savait être distinctes.

La clinique enseigne que l'origine de l'abcès froid du thorax est une inoculation tuberculeuse pulmonaire ou pleurale.

L'anatomie pathologique nous montre cette lésion comme un épisode *ganglionnaire* de cette tuberculose. C'est une *scrofule*, dont la seule caractéristique est un accident anatomique : le voisinage de l'os. C'est une *scrofule intercostale*.

C'est cette juxtaposition osseuse qui est la cause d'une ostéite qui siège au point carié par la tuberculose ganglionnaire.

C'est cette juxtaposition qui engendrera l'ostéite quand la lésion sera devenue fistuleuse.

De là découlent deux conséquences :

1°) Une possibilité d'erreur pathogénique : on a pris cette ostéite pour de la carie primitive ;

2°) Une nécessité opératoire : il faut sacrifier autant d'os qu'il est nécessaire pour traiter le mal qui est *au dessous*.

En matière d'abcès froid thoracique, l'os est une contingence anatomique, un accessoire fonctionnel ; opératoirement, c'est un obstacle qui dissimule la lésion initiale : *l'adénite*.

CHAPITRE IV

Résultats

Nous connaissons l'évolution de l'abcès froid thoracique opéré, chez 36 de nos malades.

Nous les avons classés en 4 tableaux :

Tableau 1..... décès opératoires.

Tableau 2..... mauvais résultats.

Tableau 3..... bons résultats.

Tableau 4..... résultats des cas récents.

Décès opératoires

OBS.	AGE SEXE	ANTÉCÉ- DENTS	LÉSIONS	INCIDENTS OPÉRATOIRES	CAUSE DE MORT
48	F. 66	»	Axillaire moy. fist. - Fract. spont. côte.	Pneumo-tho- rax.	? 3 semaines
84	H. 63	»	Axillaire moy. fist. - Fract. spont. côte.	Pneumo-tho- rax.	Congest. pul- mon. 3 se- maines.

Ces 2 observations coïncident étrangement ; notons surtout l'existence d'un pneumo-thorax.

Voici un second tableau, qui ne comprend que des observations de malades ayant quitté l'hôpital cicatrisés, après guérison opératoire.

Aucun n'a survécu plus de 3 ans.

OBS.	AGE SEXE	ANTÉCÉ- DENTS	LÉSIONS	OPÉRATIONS	SUITES
5.	H. 34	Pleurésie séro-fibr.	Latéro-sternale d'orig. gan- glionnaire.	Résection. - Cu- rettage 2 car- tilages sains.	Reste 1 an fer- mé puis ré- ouverture. Mort après 2 ans.
24.	H. 54		Abcès précor- dial fistulisé.	Résection type.	Mort après 3 ans, l'abcès ayant récidivé.
26.	H. 35	Tubercu- leux pulmonaire.	3 abcès thora- ciques, dont 2 fistulisés.	3 opérat. ayant chacune eu de bonnes suites.	Mort après 1 an de tuber- culose pul- monaire.
39.	H. 19	Tubercu- leux pulmonaire.	Abc dors. dans gaine du car- ré des lom- bes d'orig. ?	Curettage ?	Mort après 5 mois de tu- bercul. pul- monaire.
9.	H. 26	Pleurésie en 1918.	Abc. dors. ré- section de 2 côtes avec les artic. costo- trans.	Résection, cu- rettages in- complets.	Mort après 15 mois de pé- ritonite T.

Ces cas défavorables comportent quelques commentaires.

L'observation 5 relate un échec partiel : l'abcès, d'abord cicatrisé, s'est reproduit, et le malade est mort 2 ans après l'opération. Peut-être celle-ci avait-elle été insuffisante, existait-il des ganglions que la résection de 2 cartilages ne permit pas d'enlever ? Aurait-on pu sauver ce malade par une opération itérative ?

Mêmes remarques pour l'observation 24. L'opérateur ayant réséqué 3 côtes, le malade a quitté l'hôpital cicatrisé. Mais l'abcès récidiva, et le malade survécut 3 ans. Il avait été opéré à 54 ans.

N. (26) était un tuberculeux pulmonaire de 35 ans. M. Fredet extirpa 3 abcès thoraciques concomittants, en : opérations distantes d'un mois et qui sont 3 succès | Le malade mourut tuberculeux pulmonaire après 1 an.

Observation intéressante, qui montre la bénignité de ces opérations, même sur un terrain désastreux. Que reprocher à l'opérateur? S'il avait laissé évoluer ces 3 abcès, dont 2 étaient fistuleux, le malade serait-il mort quelques jours plus tard?

P. (39) est un échec : ce malade était tuberculeux pulmonaire, mauvais terrain pour attaquer un ennemi sur lequel on était mal éclairé. Il s'est agi d'un abcès dorsal dont on n'a pas trouvé l'origine.

L'observation 9 peut être ainsi résumée :

1918 : pleurésie séro-fibrineuse.

1921 : opération d'un abcès froid du thorax, avec succès opératoire.

1922 : mort par péritonite tuberculeuse.

En somme, 2 inoculations des séreuses, l'une initiale, l'autre terminale, la périfonite.

Voici une annexe du tableau 2 ; ces 2 opérations sont 2 échecs partiels :

OBS.					
55	H. 44	Originaire de l'Afrique du nord.	Abcès dit costal.	Réséction costale.	Récidive en 1 mois d'adénopatie axillaire.
56	H. 48		Présternal fistulisé.	Réséct. du sternum.	Récidive en 1 mois d'adénopatie axillaire bilatérale.

Ces 2 insuccès sont pour nous des arguments précieux en faveur de la théorie ganglionnaire de l'abcès froid thoracique. Chaque fois, un chirurgien avait opéré l'ostéite, et chaque fois, M. le Professeur Lenormant dut réopérer et faire l'ablation de paquets ganglionnaires axillaires.

Voici un tableau de bons résultats : aucun de ces malades n'a survécu moins de 3 ans ; 2 d'entre eux (17 et 23) sont de remarquables succès :

OBS.	AGE SEXES	ANTÉCÉ- DENTS	LÉSIONS	OPÉRATIONS	SUITES
1.	H. 38 1910	Opération itérative sur fistule sternale.		Résection. - Curettage.	8 a., mort d'un néo-gastr. ?
11.	H. 25 1920		Latéro-sternal gauche. Fistule adénite.	Résection. - Curettage.	10 ans. - A l'épaule gauche ankylosée.
16.	H. 51 1914		Abcès dans gaine du droit.	Résection musculaire.	A survécu 10 ans. - Mort « asthme ».
17.	H. 24 1913		Ganglion latéro-vert. sur le diaphragme.	Extirpation. - Curettage.	Ouvrier d'us. en 1930. - 17 ans.
18.	H. 48 1912	Mauvaise auscultat.	Intercostal moyen.	Extirpat. avec 2 côtes.	Serait mort v. 1929. - 17 ans.
19.	H. 23 1925	Chétif.	Latéro-sternal D. fistulisé.	Résection en bloc.	Pleurésie purulente ? Vit à la campagne. - 5 ans.
23.	H. 25 1910	Pleurésie séro-fibrin.	Inoculation pariétale ?	Résection en bloc.	Sous-chef de gare à la Cie P. L. M. en 1930. - Santé parfaite. - 20 ans.
31.	F. 22 1913	Tuberc. pulmonaire.	Latéro-sternal non fistulisé.	Ablation en bloc.	Morte après 9 ans de tub. pulmonaire.
45.	H. 33 1917		Latéro-sternal fistulisé.	Résection en bloc.	Vit dans l'Isère va tr. bien. - 3 ans.

OBS.	AGE SEXE	ANTÉCÉ- DENTS	LÉSIONS	OPÉRATIONS	SUITES
77.	F. 21 1927	R. X.	Dorsal non fis- tulisé.		Va très bien. - 3 ans.
25.	H. 41 1911	?	Non fist. axil- laire moyen.	Résection.	Vit à la camp., tub. pulmo- naire et la- ryng. - 19 a.
57.	H. 18 1919		Dorsal plèvre libre.	Résection. - Cu- rettage. - Tam- pon.	En 1922, serv. militaire.
32.	H. 21 1912	?	Dorsal plèvre libre.	Résection type.	Mort en 1921 de congest. céréb. - Avait fait toute la guerre.
46.	F. 33 1926	Adénite cervicale.	Antr - Os sains.	Résection type.	Va très bien.

Résultats de cas récents

OBS.	AGE SEXE	ANTÉCÉ- DENTS	LÉSIONS	OPÉRATIONS	SUITES
4.	F. 22 1922	Pleurésie sèche ?	Axillaire moy. non fistulisé.	3 côtes en bloc.	Excellt. après 1 an.
35.	F. 23 1929	R. X.	Dorsal.	Résection.	Va très bien en 1930.
36.	H. 46 1929		Latéro-sternal fist. droit.	Résection.	Va très bien en 1930.
37.	H. 26 1929	R. X.	Latéro-sternal fist. droit.	Résection.	»
38.	F. 59 1929		Résection d'abcès de la gaine du muscle D.		Va très bien en 1930.
40.	H. 25 1928		Axillaire moyen non fistulisé.		Va très bien en 1930. - 2 ans.
43.	H. 30 1927		Axillaire moyen non fistulisé.		Bonnes nouv. en 1928.
51.	H. 30 1930		Pré-sternal non fistulisé.		Bons résultats de quelques mois.
53.	F. 22 1930		Axillaire moyen réduc. et lym- phangite tuberculeuse.		Fistule tarie. Bons résul- tats de quel- ques mois.
54.	H. 30 1930		Axillaire moyen fistulisé.		Fistule tarie. Bons résul- tats de quel- ques mois.
79.	F. 17 1927		Axillaire moyen.		2 ans très bon.
83.	H. 30		Dorsal.	2 côtes et adé- nectomie.	Guérison opé- ratoire.
82.	F. 23 1930		Précordial plè- vre libre.	2 cartillages.	
	F. 26 1930	Pleurésie.	Latéro-sternal droit.	2 cartillages.	
47.	H. 17 1926		Précordial.	En bloc.	26 mois va tr. bien.

Il nous est désormais possible d'établir sur des documents les réponses aux questions suivantes :

Faut-il opérer?

Qui faut-il opérer?

Que vaut le traitement chirurgical ?

GRAVITÉ DE L'OPÉRATION.

Nous déplorons la perte de 2 opérés âgés de 64 et 66 ans. Soit une mortalité de 2,4 %.

Il s'agissait de malades âgés, — nous n'en avons pas de plus vieux dans nos statistiques — ; il y avait eu, au cours de l'intervention, un pneumothorax opératoire, que nous admettons comme circonstance aggravante, mais non comme cause directe de la mort, survenue au bout de 3 semaines.

En résumé, 2 décès opératoires sur 84 cas, 5 résultats malheureux sur lesquels :

Le cas 39 est probablement une erreur d'indication opératoire ;

L'observation 26, un argument de bénignité en faveur des opérations larges que pratique M. le Docteur Fredet.

Les 3 autres malades ont quitté l'hôpital cicatrisés ; le cours inexorable de leur tuberculose les a emportés.

Il n'y a là aucun argument de gravité immédiate ni d'inutilité de l'opération.

14 malades ont été suivis de 3 à 20 ans ; leur état de santé était parfait ; 15 malades suivis depuis moins d'un an paraissent actuellement en bonne santé. 4 de ceux-ci portaient une fistule, ou la récurrence d'une intervention antérieure. Ce sont donc, en tout cas, 14 cas immédiatement favorables.

Mais il faut bien avouer que nous n'avons de résultats éloignés que chez 36 opérés. Il doit y avoir des mauvais cas que nous ne connaissons pas. Beaucoup de nos malades (48), les Africains du Nord, en particulier, n'ont pas répon-

dû à nos convocations — nous ne croyons malheureusement pas qu'il s'agisse toujours de négligence.

Enfin, l'état du poumon, tel que le révèle la radiographie, est loin d'être pleinement rassurant. Quel sera l'avenir de ces opérés récents ?

Nous concluons toutefois :

Quand un malade est tuberculeux cavitare, la cure chirurgicale de l'abcès froid du thorax équivaut à risquer une bataille qu'on peut gagner au cours d'une guerre qu'on perdra. Encore faut-il être radiologiquement certain que l'abcès froid n'est pas un prolongement de la lésion pulmonaire.

Quand un malade a un appareil pleuro-pulmonaire suspect, on doit opérer pour 3 raisons :

1°) Aucun porteur d'abcès froid thoracique n'a le poumon ou la plèvre indemne de tuberculose ;

2°) L'abcès peut être l'épisode définitivement curable d'une lésion pleurale bénigne ;

3°) Il n'y a aucune excuse à laisser s'établir une fistule thoracique, chez un malade qui a besoin de toutes ses forces pour supporter le traitement de ses lésions pleuro-pulmonaires.

Que si la cure chirurgicale de l'abcès froid du thorax ne peut prétendre à supprimer la maladie causale, elle réalise néanmoins une heureuse modification du terrain, par l'ablation d'un foyer important.

C'est une opération peu grave et rationnelle ; elle guérit parfois définitivement, mais, en tout cas, elle donne toujours une amélioration, pourvu qu'elle soit bien exécutée.

L'abcès froid du thorax est une tuberculose chirurgicale.

Il ne faut pas opérer des malades condamnés, mais il faut pousser très loin l'indication opératoire. Nous devons savoir opérer les tuberculeux, avec les précautions et les espoirs particuliers à cette chirurgie.

Certes, dans la tuberculose thoracique, les opérations sont théoriquement incomplètes, puisque l'origine pulmonaire du mal est inaccessible. Une telle chirurgie ne saurait donc prétendre aux résultats que peut viser la suppression chirurgicale complète des lésions, par l'ablation d'un organe physiologiquement supprimable.

Mais la pratique montre que la cure chirurgicale de certaines adénopathies n'est pas une opération illégitime, car elle donne des résultats. Souvent, dans la tuberculose, la gravité de l'adénopathie l'emporte de beaucoup sur celle du chancre.

Dans le cas particulier des abcès froids thoraciques, la pratique a fait voir qu'on peut traiter une adénopathie dont la lésion première est inaccessible. On doit donc oser un traitement actif, après avoir exactement pesé les chances qu'on peut donner au malade qu'on opère. Il ne faut plus demeurer inerte devant la terreur décevante de la chirurgie chez les tuberculeux.

Si l'on voulait n'opérer que l'abcès froid du thorax chez l'adulte vigoureux, sans antécédents de tuberculose, sans une ombre suspecte à l'examen radiologique, on laisserait mourir, avec des fistules, beaucoup de malades dont la longue survie est la gloire véritable du chirurgien.

SUITES OPÉRATOIRES.

En général, les suites opératoires nous ont toujours semblé d'une rassurante simplicité.

L'anxiété respiratoire est calmée par la morphine ; il est bon d'en prescrire 2 cg. dans les 24 premières heures.

Les opérés reposent calmement assis.

Quand on a mis à nu la plèvre et qu'on a terminé l'opération par un tamponnement peu serré, on observe couramment un suintement séreux très abondant pendant les 48 premières heures. Il faut changer la partie superficielle du

pansement. Cela est surtout vrai, lorsque l'opération d'un cas fistulisé et surinfecté a conduit à laisser la plaie largement béante.

Les opérés doivent se lever précocement, dès le 4^e jour, s'ils en ont la force.

Nous avons coutume, surtout quand on a pas cherché la cicatrisation per primam, de faire subir aux opérés un traitement physiothérapique ; ils se déplacent pour subir l'exposition aux radiations U. V. ; ils constatent des progrès rapides, et leur moral s'en améliore.

Nous étudierons quelques cas particuliers.

DÉNUDATION DE LA PLÈVRE.

Nombre d'abcès sont totalement extirpables, sans que l'opérateur franchisse le fascia endothoracique (dans l'abcès dorsal, surtout).

D'autres fois, soit par suite de la disposition anatomique (abcès latéro-sternal), soit pour mieux poursuivre toute la lésion, une large dénudation de la plèvre sera nécessaire. Nous l'avons vu faire bien souvent et faite nous-même, et nous avons toujours pu constater la facilité et la bénignité de ce temps opératoire. Soit dit en passant, aucun instrument rond et lisse ne vaut l'index ganté, pour exécuter ce clivage de précision entre le fascia endothoracique et la plèvre pariétale.

Nous avons mis à nu (52) les 2 culs-de-sac pleuraux antérieurs, et nous avons vu chaque poumon y jouer en toute liberté.

PNEUMOTHORAX OPÉRATOIRE. Un exemple personnel :

Obs. 52. — Après résection du manubrium, on libère les 2 culs-de-sac pleuraux. On voit alors un ganglion caséeux, reposant sur le cul-de-sac gauche, et qui était coiffé d'une perforation sternale ; on saisit ce ganglion dans une pince

en cœur, qu'on élève en cherchant un plan de clivage pleuro-ganglionnaire ; avec les ciseaux courbes fermés, on fait une ouverture à la plèvre. Suture immédiate et guérison sans complications respiratoires.

Le pneumothorax opératoire est assez fréquent ; il est noté 9 fois dans nos observations ; 2 morts ont coïncidé avec lui.

Et cependant, notre épinion est formelle : le pneumothorax opératoire est quelquefois inévitable ; il est généralement très bénin.

Le pneumothorax est difficile à éviter lorsque l'opération de l'abcès a comporté la dissection d'une large surface de la plèvre. Dès que le fascia endothoracique est clivé, il se produit une traumatopnée ; celle-ci, facteur d'imprécision, est influencée par l'anesthésie. C'est alors qu'on souhaiterait une narcose profonde et calme.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et la déchirure de la plèvre se produit dans 2 circonstances :

1° En clivant le fond de l'abcès, on peut percer la plèvre pariétale ;

2° Ou bien, en régularisant une côte avec la gouge, la traumatopnée embroche la membrane sur une pointe osseuse.

Or, si la plèvre a été bien exposée, si le clivage entre elle et le fascia endothoracique l'a rendue flottante, sur une surface suffisante, l'orifice pleural sera non seulement facile à suturer, mais même pédiculisable. Nous avons vu une pince en cœur en étirer les bords jusqu'à ce qu'un fil pût être noué autour de ce collet minuscule.

Nous avons vu plusieurs fois notre maître, M. le Docteur Fredet, suturer l'orifice d'un pneumothorax opératoire par 4 points placés avec une aiguille de couturière. Peut-être que 50 cc. d'air tout au plus étaient entrés dans la cavité, le poumon n'avait guère quitté le contact de la plèvre pariétale. Les opérés guérissent comme si rien ne s'était passé.

Nous avons fait deux fois un pneumothorax opératoire (52 et 53) pour avoir, peut-être, voulu pousser trop loin la vérification de la plèvre (qui était libre). Nos 2 opérés ont fort bien guéri ; l'ouverture fut, chaque fois, facile à obturer.

Il est exceptionnel et peu recommandable qu'on en soit réduit à tamponner l'orifice et à serrer des parties molles, un tel artifice est en principe évitable.

Pratiquement, le pneumothorax ne se traduit que par un signe clinique, d'ailleurs constant dans les suites opératoires : c'est la sonorité à la percussion immédiate de la clavicule du côté opéré.

Nos conclusions sur le pneumothorax opératoire ne sauraient être représentées par une interpellation de nombres insuffisants ; ce sont les impressions de choses vues.

Le pneumothorax opératoire doit être très grave quand il se produit au fond d'un pertuis mal exposé, et que, dans la plaie soufflante, est brassé un mélange de sang, d'air et de fongosités.

Il est, au contraire, un incident sans gravité et immédiatement curable, lorsque les parties ont été correctement exposées. Ce n'est jamais plus qu'un pneumothorax incomplet, qui ne compromet ni la guérison du malade, ni l'amour-propre du chirurgien.

SUTURE ET DRAINAGE.

M. le Docteur Fredet a coutume de refermer le plus possible les téguments ; mais il laisse, pendant 8 jours, une très large mèche iodoformée au contact des parties sur lesquelles reposait l'abcès ; la mèche apparaît au point le plus déclive.

On a soutenu (Fiolle) qu'il était plus élégant de s'efforcer de fermer complètement, que d'ailleurs l'organisme avait un remarquable pouvoir de défense contre les restes infi-

mes d'un abcès froid bien extirpé. Nous n'aimons pas cet argument.

En fait, nous avons toujours noté un suintement, non négligeable, au cours des premiers pansements. Nous l'avons vu se produire dans les plaies drainées, tamponnées avec gaze simple ou iodoformée. Nous l'avons aussi vu désunir des plaies suturées.

Cette pratique du tamponnement ne nous semble pas dictée par une vaine terreur, souvenir rétrospectif des temps pré-aseptiques. C'est une condition pour obtenir facilement des suites opératoires très simples, quoique peut-être plus longues. Si l'on était toujours sûr d'avoir enlevé tout le mal, sans inoculation opératoire, avec une hémostase parfaite, peut-être vaudrait-il mieux ne pas drainer.

N'insistons pas davantage sur ce point particulier ; chaque chirurgien a ses habitudes personnelles : en principe, suturons les petits abcès enlevés en masse, tamponnons les grands abcès fistulisés. Dans les cas intermédiaires, on combinera les 2 méthodes, en sachant que ce tamponnement équivaut à sécurité et à lenteur de cicatrisation.

PANSEMENTS ET PRESCRIPTIONS.

Il faut un pansement à la fois absorbant et compressif. Il convient que les sécrétions soient absorbées, et que les opérés soient maintenus, comme le sont les blessés atteints de fracture de côtes. Par conséquent, pansement ouaté très épais et thorax convenablement maintenu.

Répetons encore que la morphine est analgésique et eupnéique. En ce qui concerne les toni-cardiaques, le sérum physiologique et les boissons, il n'y a rien de particulier à signaler.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE V

De l'origine pleurale de l'abcès froid du thorax

Il y a, dans la théorie de la pleurésie infectant les parois thoraciques, une part de vérité, établie par des faits indéniables, et une part d'interprétation erronées.

Puisqu'un malade sur trois est un ancien pleurétique, il est impossible que quelque chose de pleural ne soit pas à l'origine des abcès froids. Mais comme, chaque fois qu'on a pu, en opérant, vérifier l'état de la plèvre, on l'a trouvée macroscopiquement saine, il faut donner une explication conciliant ces deux faits, en apparence opposés.

Ceci nous amène à ouvrir un chapitre de pathologie générale sur les infections pleurales, et, en particulier, à le commencer par la présentation des arguments pour ou contre le pleurôme.

★★

Contre la théorie du pleurôme militent les arguments suivants :

a) Opératoirement, la plèvre est libre (Fredet, Sorrel et nous-même).

b) Nous présentons douze pièces, extirpées par clivage inter-pleuro-fascia-thoracique.

En faveur de la pleurésie, au contraire, il faut citer les 3 groupes de faits suivants :

a) Près d'un malade sur trois est ancien pleurétique.

b) Il y a des observations où l'on a vu que la plèvre était malade.

c) Toutes les observations qui avaient conduit Leplat à soutenir que l'abcès froid du thorax est l'extériorisation d'un tuberculôme pleural.

Ce sont ces documents que nous examinerons d'abord. On peut les lire dans la mémoire de Souligoux ; en voici un tableau résumé.

NUMÉRO DE L'OBSERVATION dans Souligoux	CARACTÈRES ANATOMIQUES	REMARQUES
Gaujot, P. 390. Souligoux, P. 34. Obs. 6.	Pneumonie aiguë puis pleurésie. Absès latéro-sternal. - Autopsie : 2 collect. plèvre non perforée.	L'auteur cite cette observation comme type de « péripleurite ».
Kesch et Vail- lard. Souligoux. Obs. 7.	Pleurésie chronique. Plèvre costale épaisse de 5 mm (autopsie).	Pas d'abcès froid thoracique.
Ibid. Soulig. Obs. 8.	Pleurésie double. Feuillet costal épaissi (autopsie).	Pas d'abcès froid thoracique.
Ibid. Soulig. Obs. 9.	Autopsie d'une pleur. sans épanchement. - Feuillet pariétal épaissi avec tubercules au contact du périoste.	Pas d'abcès froid thoracique.

NUMÉRO DE L'OBSERVATION dans Souligoux	CARACTÈRES ANATOMIQUES	REMARQUES
Ibid. Soulig. Obs. 10.	Autopsie d'une pleurite ancienne : coquepleurale, irritant le périoste.	Pas d'abcès froid thoracique.
Ibid. Soulig. Obs. 11.	Autopsie pleurésie hémorragique. Masses caséuses entre plèvre et diaphragme.	Pas d'abcès froid thoracique). Ces masses caséuses sont des gangl.
Ibid. Soulig. Obs. 13	Pleurésie il y a 14 ans, puis abcès froid thoracique. Fistule broncho-cutanée.	Abcès froid d'orig. pleuropulm. (pleurésie jamais vérifiée).
Leplat Souligoux. Obs. 48.	Pleurésie chroniq. et abcès latéro-sternal sans perforation de la plèvre (autopsie).	Abcès froid d'origine pleurale.
Leplat. Souligoux. Obs. 49.	Pleurésie durant 14 jours. - Abcès froid dors. incisé. - Guérison.	Abcès aigu d'origine pleurale.
Leplat. Souligoux. Obs. 50.	Pleurésie chronique. - 2 abcès thoraciques. - Vomique et mort. Symphyse de la cavité pleurale; pas de perforation pulmonaire (de ce côté).	Abcès thoracique d'orig. pleurale.
Leplat. Souligoux. Obs. 51.	Pleurésie aiguë. - Après 1 mois, abcès dors. incisé. - Guérison.	Empyème ? (K.)
Laveran. Souligoux. Obs. 52.	Pleuro-pneumonie. - Abcès de l'aisselle. Vomique et mort.	Connexions entre les ganglions de l'aisselle et les lymphatiques de la plèvre (thèse de Sanchez Toledo).
Andral. Souligoux. Obs. 53.	Pleurésie purulente fistulisée à la peau (autopsie).	Empyème (K.)
Billroth. Souligoux. Obs. 59.	(Autopsie). - Pleurésie double. - Péricardite. - Abcès fistuleux sous-costal gauche, sans perforation de la plèvre.	Péripleurite suppurée.

De la lecture de tous ces documents semblent se dégager les conclusions suivantes :

A la suite de pleurésies, — tuberculeuses ou non —, il peut se former, dans les parois thoraciques, des abcès *qui ne communiquent pas avec la cavité pleurale ; leur origine n'est pas non plus dans le squelette.*

Pour expliquer la pathogénie de ces collections, trois hypothèses sont proposées :

- 1° La péri-pleurite ;
- 2° L'empyème ;
- 3° La lymphangite pleurogène.

LA PÉRI-PLEURITE.

C'était un grand mérite, en 1865, que d'insister sur ces callosités pleurales au contact de la paroi thoracique.

Par malheur, pas une de ces autopsies n'a fait voir un abcès froid thoracique.

On a vu une coque pleurale épaisse, dont les côtes voisines s'accommodaient plus ou moins bien ; mais il n'y avait pas de collection pariétale.

Souligoux le reconnaît et avoue ne montrer que ce qui aurait pu arriver. Aussi bien, nous dit-il :

« Supposons que cet homme ait survécu... très probablement, les tubercules... eussent évolué lentement, et l'on se serait trouvé en présence d'un abcès intercostal, qui se serait fait jour à l'extérieur ». (Obs. 2).

C'est une supposition que nous sommes contraints de ne pas accepter. Contentons-nous de noter :

Il y avait, dans ces pleurésies chroniques, une grosse coque sous-costale de pleurite pariétale, mais il n'y avait pas d'abcès froid.

Quant à supposer que cet épaississement pleural est à l'origine de l'abcès froid, comme on vérifie généralement

le contraire, en opérant, nous dirons que, dans la majorité des cas, l'abcès froid n'est pas directement issu d'un pleurôme.

Est-ce à dire que nous nions la théorie du pleurôme, que nous refusons à une coque pleurale tuberculeuse la possibilité d'inoculer la paroi de proche en proche?

Nous le croyons si peu que nous rapportons 3 cas (1). Dans ces 3 cas, on a vu 2 fois le poumon avec la plèvre adhérente, inoculer la paroi, et une fois (23), c'était bien la plèvre elle-même qui était l'origine de l'abcès froid. C'est dans ce cas que M. Fredet a réséqué une rondelle de la plèvre tuberculeuse, adjacente à une collection sous-inter et sus-costale. Il dut pour cela faire un pneumothorax généralisé.

Or, coïncidence extraordinaire, notre seul cas indiscutable de pleurôme s'était développé sur le trajet de ponction d'une pleurésie séro-fibrineuse.

Donc, le mécanisme de l'infection directe des parois thoraciques par la membrane pleurale est exceptionnel.

Dans tous les cas où l'inoculation directe n'a pas été réalisée par le trocart, il faut trouver une autre explication de l'abcès froid. Entre la pleurésie, qui existe cliniquement, et l'abcès froid, qui repose sur une séreuse libre, il faut un intermédiaire : celui que nous proposons, *c'est le système lymphatique*.

C'est dans le système lymphatique que se développent toutes ces collections péri ou para-pleurales.

Quand la plèvre renferme une matière morbide éliminable, elle la déverse d'abord dans le torrent lymphatique.

Si la pleurésie inoculait directement les parois, on verrait l'empyème siéger au point où le pus stagne dans la cavité ; l'empyème de nécessité, serait au point déclive : il n'y est jamais.

(1) 23-10 et Courboulès résumé obs. 10.

Si la péri-pleurite était une sécrétion morbide de la face externe de la plèvre costale, il faudrait concevoir une membrane épaissie, non perforée, décollée toutefois de ses attaches nourricières, et secrétant, par ses deux faces, des pus parfois différents ; cela paraît vraiment incompréhensible.

Et puisqu'il faut malgré tout en arriver à interpréter soi-même, je donnerai des conclusions établissant, à mon avis, les rapports entre les pleurésies et les suppurations pariétales :

1°) Presque toutes les suppurations pariétales du thorax sont d'origine pleurale, après inoculation pulmonaire.

Un porteur d'abcès thoracique est, en principe, un pleurétique plus ou moins guéri.

2°) Toutes ces suppurations pleurogènes se développent dans le système lymphatique. Nous y croyons :

a) En raison du siège de ces suppurations : ce peuvent être des adénophlegmons.

b) Parce que la lymphangite est un processus général.

c) Parce que cette conception soulage l'entendement des notions d'empyèmes plus ou moins communicants, de péri-pleurites plus ou moins concevables.

d) Pour avoir maintes fois vérifié que l'épisode pariétal de la pleurésie se joue dans les ganglions.

Quand la plèvre suppure, elle peut évacuer le pus, soit par les voies aériennes : vomique ; soit à travers la paroi : empyème. Mais, avant ces éventualités, la pleurésie injecte le système lymphatique : des adénophlegmons peuvent se développer.

Il en va pour la tuberculose comme pour les autres inflammations. La propagation lymphatique de la tuberculose est un processus absolument général.

Les abcès thoraciques auront donc les caractères suivants :

D'être des collections métapleurétiques ;

De se développer dans des ganglions tributaires du territoire pleural inoculé ;

D'être chirurgicalement séparables de la plèvre pariétale.

Il n'y a aucune raison pour que l'adénophlegmon soit au contact du segment de lèvre malade qui l'a engendré. Le pleurôme infectant directement la paroi est un mécanisme exceptionnel.

A côté de ces faits, sont à classer les lésions du poumon infectant la paroi de proche en proche, à travers une plèvre symphysée.

A un tel type répond la caverne pulmonaire ou l'adénopathie hilare, tuberculisant directement la paroi thoracique. Nous dirons que ces collections tuberculeuses ne sont pas les abcès froids thoraciques que nous étudions.

Tuberculose du Sternum et des Côtes

Il peut, à première vue, sembler ridicule que d'oser contester l'existence de la tuberculose costale ou sternale primitives.

Chacun est persuadé qu'il en a vu lui-même maintes fois, et, d'autre part, les documents qui sont dans la littérature comptent des centaines d'observations.

C'est précisément après les avoir toutes relues avec grand soin que nous n'hésitons pas à répéter :

Chaque fois qu'il y a ostéite, d'abord celle-ci siège à la face interne de l'os ; ensuite, il existe, au contact, un ganglion caséeux.

La littérature fourmille d'observations d' « *ostéites* » où l'auteur a remarquablement décrit une adénopathie.

Beaucoup d'autres sont, d'ailleurs, parfaitement inutilisables et il est assez comique de voir les compilateurs reproduire pieusement ces documents qui ne prouvent rien.

De ces observations, la plus ancienne, comme aussi la plus respectable, est celle d'un jeune homme que guérit Galien. C'est un exemple typique d'une suppuration intrathoracique, devant laquelle le sternum formait clapet. Galien enleva l'os, et le jeune homme guérit.

Voilà pourquoi c'est donner un signe certain de malveillance que de refuser à l' « *ostéite* » sternale une généalogie qui remonte au médecin de Pergame.

Les autres observations ne sont pas beaucoup meilleures : il s'agit toujours de malades porteurs de collections thoraciques fistulisées, dans le pertuis desquelles apparais-

sent des os altérés. Et l'auteur de conclure que l'ostéite costale est donc bien la cause du mal.

Cependant, même quand on résèque largement l'os malade (et Dieu sait si cela est facile quand il s'agit d'une côte), on n'obtient pas toujours la guérison.

Alors, si la maladie persiste, malgré l'ablation large de l'ostéite, n'y a-t-il pas lieu de croire que son siège est autre part que dans l'os ?

Or, voici la preuve qu'un excellent chirurgien, Tuffier lui-même, avait très profondément ancrée dans l'esprit l'idée de l'ostéite :

« Abscès froid sternal et costal.

« Opération... Incision en croix, évacuation du pus... On
« recherche le point de départ de l'abcès. Rien d'apparent
« ne se voit extérieurement. La surface du sternum est lisse, aucune des côtes mises à découvert ne paraît malade.
« Pressant sur la 3^e côte droite, on fait sourdre du pus venant du médiastin. Un stylet introduit sous la côte pénètre facilement et fait sentir la face interne d'une côte éburnée.

« Résection de 5 cm. environ de cette côte, carie très apparente sur la face interne de cet os ; au même niveau, la plèvre est épaissie, formant un rempart au pus... »

Nous ne serons pas plus âpres qu'il ne sied pour cette interprétation du rôle de la plèvre, mais signalons cependant le fait :

Cette lésion, appelée ostéite, n'en est sûrement pas. Il y a là un aveu formel que Tuffier, trompé par l'universelle conjuration en faveur de l'ostéite, en rapporte un cas où le squelette est moins malade que les parties molles.

Mais cette ostéite n'a pas trompé que Tuffier ; elle a bien d'autres titres de noblesse, et voici comment, à deux reprises, Broca la décrit dans « Tuberculose chirurgicale », page 71, et « Chirurgie infantile », page 377 :

« ... un petit pertuis... que vous m'avez vu enfiler à la
« sonde cannelée. L'instrument a frotté, au passage, contre
« le bord inférieur de la côte dénudée que j'ai dépériostée
« et réséquée sur 6 cm. de long, partie dénudée au milieu;
« et, tandis que je vous faisais passer le morceau pour vous
« montrer que la dénudation gagnait vers la face pleurale
« de la côte, la face externe étant intacte, je curettais une
« petite masse caséeuse, grosse comme une noisette, entre
« l'os et la plèvre. »

« La tuberculose des côtes est fréquente ; elle occupe vo-
« lontiers la partie antérieure de l'os, vers sa jonction avec
« le cartilage.

« Il est fréquent que le point dénudé occupe la face inter-
« ne de la côte, de préférence vers son bord inférieur, et
« il semble que la méconnaissance de ce petit point expli-
« que les faits quelquefois attribués, probablement par er-
« reur, à la « périostite externe ».

« On a pu observer la fracture pathologique de la côte tu-
« berculeuse ; les séquestres sont rares.

« L'abcès forme tantôt une poche externe, tantôt (mais
« rarement) une poche intrathoracique, tantôt une poche
« en bissac. Cette dernière forme serait rare si l'on ne te-
« nait compte que des cas où elle est très accentuée ; mais
« il est fréquent que, sous l'abcès externe, on voit, dans le
« plan musculo-aponévrotique, sous le bord inférieur de la
« côte supérieure, un petit bourgeon violacé, menant dans
« une poche intrathoracique grosse comme une noisette,
« située en regard du point dénudé ».

Nées sous la plume de Broca, ces lignes sont l'image in-
discutable des faits bien observés.

C'est à ce titre que la « petite masse caséeuse entre l'os et
la plèvre » nous apparaît comme une pièce à conviction.

La voilà bien, la preuve que la côte est innocente et que
la tuberculose est née dans le ganglion :

Pourrait-elle apparaître avec plus de splendeur, cette vé-

rité qui se dégage spontanément des écrits de Broca, alors qu'il ne la cherchait même pas?

Et pourquoi donc l'erreur ne serait-elle pas universelle au sujet de la tuberculose costale : elle est dans tous les classiques, elle est dans Broca !

Il y a là une raison de perpétuité, et c'est pourquoi les auteurs d'un excellent travail, paru en 1929 dans les Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire, établissaient l'existence de la tuberculose costale primitive par des figures comme celle que nous reproduisons par la planche VI bis.

On voit un segment de côte avec hyperostose (forme de tuberculose osseuse bien anormale). De plus, l'état des parties molles n'est ni figuré ni décrit.

Le moins qu'on puisse dire d'une telle pièce est qu'elle ne prouve nullement la tuberculose costale. C'est une ostéite de la côte, une ostéite avec *hyperostose* ; il se peut que cette résection osseuse ait suffi à exposer toutes parties nécrosées, et que le malade, après leur évacuation, ait bien guéri. Mais, quant à la valeur anatomique d'une telle pièce, nous n'hésitons pas à la comparer à celle que de bons auteurs accordent au sternum réséqué par Galien.

Tuberculose primitive des Cartilages costaux

Vers la fin du XIX^e, la tuberculose primitive des cartilages costaux n'était guère à la mode.

Cruveilhier et Cornil la niaient. Poulet et Kiener croyaient que ces fibrocartilages n'étaient pas vascularisés et qu'ils végétaient par imbibition. Ne pouvant admettre une tuberculose embolique, des auteurs ne voulaient pas pas croire à la tuberculose primitive de ce tissu.

Voici l'exposé chronologique et le résumé des observations sur lesquelles repose la notion de tuberculose primitive des cartilages :

ORIGINE	RÉSUMÉ	REMARQUES
Hayem. Soc. Anat. 1865 p. 426.	Abcès de toute la gaine du grand pectoral. Caverne qui a pour ainsi dire fracturé le 3 ^{me} cartilage. Le 3 ^{me} cartilage est aussi altéré par sa face profonde.	1 ^o Très gros abcès pour une tuberculose cartilagineuse. 2 ^o 2 pathogénies sur la même pièce : <i>a.</i> Une tuberculose à évolution antérieure dans la gaine du muscle. <i>b.</i> Lésions tuberculeuses à la face profonde du cartilage.

ORIGINE	RÉSUMÉ	RÉMARQUES
Mesnard et Guillaume 1903. Soc. Anat. p. 359.	Masse caséuse en avant des intercostaux, sous le grand pectoral, sur la face antérieure du 7 ^{me} cartilage, à 3 c/m du sternum; une cavité creusée dans la paroi antérieure, pouvant loger un pois. Paroi postérieure non altérée.	Observation indiscutable. Par ailleurs, les auteurs citent à l'appui une observation de Ledi-berder (Société Anat. 1866). Il s'agit d'un cartilage du genou.
Broca, Thèse de Bonnel. Obs. 45.	Le cartilage de la 10 ^{me} côte a une fracture spontanée... Ce fragment contient, à sa face interne, une géode arrondie qui logerait une cerise. Mort au 11 ^{me} jour.	Résistons au désir de remplacer le mot « cerise », par celui de ganglion, par respect du texte.
Thèse Sayag, Paris, 1928. Obs. p. 37.	Abcès froid de la région costale moyenne droite, et l'intervention révélait une lésion siégeant uniquement sur le cartilage de la 4 ^{me} articulation costale droite. Les tissus voisins, et en particulier la côte et le sternum, étaient absolument sains.	Pas de description de la lésion.
EjUSD.	Extrémité du cartilage doublée de volume et présentant, à la section, des lésions importantes.	Pas de description.
EjUSD.	Abcès fistuleux, foyer dans le cartilage de la 6 ^{me} et de la 7 ^{me} côtes. Pas le moindre prolongement osseux.	Pas de description.
EjUSD., p. 39	Diagnostic vraisemblable : Ostéite fistulisée du sternum. Radiographie montre un gros « décollement » rétrosternal. Débridement conduit jusqu'à une perforation de la grande plaque chondrale. En arrière du cartilage, se trouve une cavité du volume d'un œuf. La plèvre paraît absolument saine.	La seule observation détaillée de chondrite qui soit dans ce travail est un remarquable exemple d'adénite des ganglions mammaires internes.

ORIGINE	RÉSUMÉ	REMARQUES
Discussion. Soc. Chir. de Lyon. 20-12-28.	Observation de tuberculose chondrale.	Ricard : La tuberculose primitive chondrale n'a jamais trouvé beaucoup de voix pour défendre son existence.
Tixier. Lyon. 30-5-27.	Observation de tuberculose chondrale.	Tavernier : C'est une péri-chondrite.
Soc. de Chir. de Paris. M. Dujarier, 6-12-24 et 1925, p. 3.	Un petit foyer très limité situé à la face antérieure du cartilage costal. (Il y avait un trajet intercostal).	MM. Fredet, Lapointe, Alglave, contestent l'observation. Souligoux dit qu'il n'est pas amené à croire à la tuberculose cost.
Gruget. Revue de Chirurgie 1921, p. 30. Obs. 1.	Abscès fistulisé depuis 59 mois. On extirpe un cartilage perforé, grattage à la curette de la zone sous-jacente infiltrée et lardacée. Examen de la pièce : Sur la face antérieure, un petit pertuis... la face profonde est effondrée sur une surface de la dimension d'un petit pois.	Pièce fistulisée. Adénite presque certaine.
Ejusd. Obs. 2.	Non fistuleux, il crève la poche;... l'exploration au stylet conduit directement sur le bord inférieur du 5^{me} cartilage dont la face externe ne paraît pas malade. Il existe sous la face profonde du cartilage un petit foyer fongueux et purulent. Examen de la pièce : Perte de substance au niveau du bord inférieur et de la face interne.	Description typique de l'adénite d'un ganglion de la chaîne mammaire interne.
Ejusd. Obs. 3.	Fistuleux depuis plus de 2 ans. Du côté de la face interne, les lésions sont plus étendues.	Ne prouve rien.

ORIGINE	RÉSUMÉ	REMARQUES
Salva Mercadé. Soc. de Chirurgie 1914, p. 159. Obs. 1.	... et trouvai un volumineux abcès froid reposant sur les 6 ^{me} et 7 ^{me} articulations chondrocostales. Je l'ouvris délibérément..... et j'arrivai jusqu'au 1 ^{er} cartilage costal auquel aboutissait le trajet. Ce cartilage était détruit en partie. Je le grattai généreusement et cautérisai au chlorure de zinc au 1/10.	Manque de précision. Cette observation est insuffisante pour établir la tuberculose primitive du cartilage costal.
EjUSD Obs. 2.	Section des insertions du grand droit et du grand oblique. Je trouve en dessous, au milieu d'un tissu infiltré et lardacé, un petit pertuis par lequel sort un peu de pus qui avait infiltré la paroi. Cet orifice est creusé dans le 7 ^{me} cartilage costal. La sonde cannelée, enfoncée dans le trajet, rencontre des fongosités naissant du centre du cartilage. Résection de tout le rebord costal inférieur (6 ^{me} , 7 ^{me} , 8 ^{me} , 9 ^{me} et 10 ^{me} cartilages costaux...) Guérison.	Pour traiter une tuberculose PRIMITIVE du 7 ^{me} cartilage, il faut réséquer <i>tout le rebord thoracique inférieur</i> . En somme, si nous rapportons une observation analogue, nous excuserions de telles nécessités en avouant que nous extirpons la moitié inférieure de la chaîne ganglionnaire mammaire interne, et non pas le foyer tuberculeux d'un seul cartilage.
EjUSD. Obs. 3.	... présente à son entrée un abcès froid occupant la région mammaire et sous-mammaire. En dessous et en dedans d'elle, pointe un second abcès. Les deux abcès sont fluctuants et communiquent. <i>Opération</i> : Lambeau à charnière supérieure... remontant... jusqu'à un plan passant par le 4 ^{me} cartilage costal. ... Agrandissement pour arriver jusqu'à la limite supérieure de l'abcès. .. En bas, on est conduit sous l'insertion du faisceau cartilagineux du grand droit jusqu'au 7 ^{me} cartilage costal, qui présente 2 perforations. On sectionne le 7 ^{me} cartilage au bistouri. Au-dessous, on ne trouve aucun tissu suspect, pas d'abcès, pas de fongosités, aucun foyer pleural...	Ainsi, ce foyer primitif du 7 ^{me} cartilage, au lieu de fuser dans le muscle droit, va devenir un tuberculome ascendant qui dépasse en haut le 4 ^{me} cartilage. Ce 7 ^{me} cartilage est 2 fois perforé, et, sous lui, les tissus ne sont aucunement suspects ? Tout ceci est bien étrange !

ORIGINE	RÉSUMÉ	REMARQUES
Ejurd. Obs. 4.		Aucune description des lésions Il y eu un pneumotorax opératoire qui semble avoir empêché l'opérateur de voir exactement.
Ejurd. Obs. 5.	Au centre des segments cartilagineux enlevés, dans la portion cartilagineuse qui unit le 6 ^{me} au 7 ^{me} cartilage, une ulcération creusant le cartilage, à bords effrités, et dont le fonds est constitué par le cartilage lui-même. Au-dessous, en effet, entre le cartilage et le diaphragme, il n'existe aucun diverticule. On trouve une membrane dure, lardacée, constituée par du tissu de défense... ... Il reste une petite fistule avec laquelle le malade quitta l'hôpital	Il est bien dommage que ce tissu «de défense» n'ait pas été réséqué et examiné de près. Peut-être le pathologiste eut-il vu qu'il s'agissait de ganglions caséeux, et peut-être que ce malade, encore que privé de ce défenseur suspect, eût bénéficié d'une cicatrice sans fistule.
Ejurd. Obs. 4.	3 fistules thoraciques droites (depuis 6 mois), en regard du 8 ^{me} cartilage costal. Je détache les insertions du grand oblique et du grand pectoral, et, sous ces dernières, je trouve un abcès qui se prolonge en dehors le long du 4 ^{me} espace intercostal sur une étendue de 8 c/m. Je résèque le 5 ^{me} cartilage.	Aucune description de ces lésions.

Voilà donc les 20 observations de chondrite primitive, faits scientifiques et qui donnent à cette affection un droit de cité en pathologie et l'honneur d'un chapitre dans les traités classiques.

Par malheur, il n'y en a pas 4 qui soient démonstratives, et les deux piliers qui supportent cet édifice : les monogra-

phies de Mercadé et de Gruget, nous semblent plus importants par les artifices d'interprétation que par une solidité réelle. Quelle pénurie de faits convaincants, mais, par contre, que d'interprétations flagrantes !

« Sous un cartilage carié, on trouve du tissu lardacé...
« ablation dudit cartilage (atteint de tuberculose primitive,
« bien entendu). Il reste une fistule (par hasard), et le tout,
« relevé d'un peu de bibliographie, constitue pour la tuberculose primitive un document fondamental. L'ouvrage sera cité par des auteurs qui n'ont pas d'idée préconçue, mais qui doivent faire preuve de connaissances bibliographiques.

Par exemple, lorsque MM. Tixier et Dujarier communiquent des observations de tuberculose primitive des cartilages devant les Sociétés de Chirurgie de Lyon et de Paris, des critiques s'élèvent. C'est dans Mercadé que les rapporteurs vont chercher les arguments théorique démontrant la possibilité de tuberculose primitive.

Ils invoquent successivement la vascularisation du cartilage (Henschen et ensuite Leblanc), pour justifier une tuberculose embolique.

Puis, la tuberculose du nodule osseux intracartilagineux (ce qui est bien raffiné).

Enfin, la périchondrite tuberculeuse — plaise au mânes de Gaujot de voir ici renaître la périostite externe.

De tels arguments ne sont pas en faveur de la doctrine qu'ils veulent établir.

Qu'on nous montre des pièces, mais qu'on ne cherche pas des justifications anatomiques à une possibilité pathologique. Henschen n'a rien voulu montrer de plus que le résultat de ses recherches anatomiques sur la vascularisation de ce tissu.

La périchondrite et l'ostéite tuberculeuses du noyau intrachondral ne satisfont pas l'esprit.

Certes, ces arguments sont dans tous les mémoires, en particulier dans celui de Mercadé.

Mais un argument ne vaut que par l'observation sur laquelle il repose, et, en définitive, on me permettra bien de trouver étonnant que les dieux chérissent certains auteurs au point de leur montrer 6 cas de tuberculose primitive des cartilages en moins de 3 ans, alors que mon maître Fredet, qui la recherche depuis plus de 20 ans, n'en a jamais rencontré un seul !

En conclusion, nous croyons que la chondrite primitive est encore beaucoup plus rare que l'ostéite costale primitive, et nous conseillons formellement de se défier de cette lésion.

Il faut ne jamais oublier que, sous ces cartilages si difficiles à tuberculiser théoriquement, se trouve un tissu pratiquement si souvent tuberculeux : les lymphatiques de la plèvre.

Il faut être bien sûr de l'intégrité des ganglions sous-jacents avant de refermer la plaie : on aurait trop de risques d'avoir évacué un abcès tuberculeux et d'avoir refermé sans enlever sa cause profonde : petite opération, petite cicatrice, rareté de la pièce prélevée, mais intervention trop souvent incomplète.

Jusqu'à nouvel ordre, c'est-à-dire jusqu'à présentation d'un nombre important de petits abcès réséqués en bloc, d'origine chondrale ou osseuse certaine, nous devons nous méfier de ces lésions insuffisamment établies. La vérité est plus simple : c'est un processus général, c'est l'adénopathie qui est en cause. Elle siège sous ces points cartilagineux qu'elle altère secondairement ; c'est elle qui est la cause du mal et c'est par son exérèse qu'il convient de le poursuivre.

Quand on referme la plaie d'extirpation d'un cartilage rongé par sa face profonde, il convient de bien regarder le fond de ce que l'on vient d'exposer, car si le malade ob-

tenait une cicatrisation per priman, ce qui n'est pas impossible, on pourrait fort bien avoir leurré le pathologiste, le chirurgien et le malade, pour avoir voulu croire à une rareté.

CHAPITRE VI

Technique Opératoire (Fredet)

L'opération type d'un abcès froid du thorax consiste à pratiquer, dans la paroi thoracique, une résection en bloc fermé des parties comprises entre la peau et la plèvre.

Cela permet d'extirper en vase clos la lymphangite, l'adénite, l'abcès et les lésions squelettiques.

L'opération comprend les temps suivants :

- 1) Incision de la peau.
- 2) Délimitation de l'abcès.
- 3) Section des côtes en tissu sain.
- 4) Clivage de ce segment de paroi et de la plèvre pariétale.
- 5) Pansement et sutures.

Nous schématiserons le détail en décrivant quelques cas particuliers.

1) PETIT ABCÈS DE LA LIGNE AXILLAIRE MOYENNE.

Incision cruciale de la peau, centrée sur la tuméfaction. Elle est conseillée par M. Fredet comme étant la seule qu'on puisse agrandir dans n'importe quelle direction. C'est là une nécessité que peut poser la cure de tout abcès froid

thoracique. Quand l'incision est cruciale, le lambeau s'élargit à mesure que le terrain se découvre.

Il est logique qu'une des branches de la croix suive l'espace intercostal.

Quand on incise la peau, il est inélégant de perforer la poche superficielle de l'abcès. Quelquefois donc, la pointe des lambeaux sera des plus minces et il sera prudent d'abattre ce qui pourrait se sphacéler.

Dès que la zone d'envahissement du tégument est dépassée, il faut épaissir le lambeau en rasant le squelette.

DÉLIMITATION DE L'ABCÈS.

Une incision arrondie circonscrit la poche en sectionnant les muscles superficiels du thorax.

Section des côtes en tissu sain.

C'est le temps important de l'opération, car c'est de son exécution que dépend le clivage entre l'abcès et la plèvre. Nous donnerons des principes, vérifiés sur le cadavre et sur le vivant :

Il faut faire une section *sous-périostée*, pour être certain de ne pas léser la plèvre.

a) Incision axiale du périoste sur 2 cm. et sur le milieu de la face antérieure de la côte, hors de la zone abcédée.

b) Soulever chaque lèvres de l'incision périostée avec la rugine de Farabœuf.

c) Engager la rugine de Doyen ou le crochet mousse du costotome pour faire une section sous-périostée.

2° Procéder identiquement, au 2° point où la côte doit être sectionnée, de l'autre côté de l'abcès.

3° Couper ainsi successivement 2 fois toutes les côtes qui embrochent l'abcès.

La lésion occupe dès lors le centre d'un volet thoracique mobile.

CLIVAGE INTERPLEURO-FASCIA- THORACIQUE.

Si la technique précédente a été bien suivie, le temps essentiel du clivage s'exécutera avec la plus grande facilité :

Il suffit de *soulever* un coin du volet pour que le clivage s'amorce spontanément.

En effet, la côte adhère au périoste : celui-ci entraîne le fascia thoracique, et ce dernier est en contact avec la plèvre.

Or, c'est justement l'adhérence entre le fascia endothoracique et la plèvre qui est la plus faible. Il s'ensuit qu'il suffit qu'un volet thoracique soit mobile, pour qu'une simple traction amorce le décollement : fascia thoracique, plèvre pariétale, et n'en amorce point d'autre, par raison anatomique.

Dès que le clivage est amorcé par incision du périoste profond, une solide pince saisit le volet, qui est confié à l'aide. Celui-ci le maintient, en suivant les mouvements respiratoires.

L'index droit du chirurgien élargit le clivage jusqu'aux limites des parties à extirper. Quand une bride apparaît, reliant le fascia thoracique et la plèvre, il faut se garder de continuer l'abaissement de la plèvre. Cette bride déchirerait son insertion pleurale : pneumothorax.

Il faut sectionner son attache pariétale aux ciseaux, contre la face profonde du fascia thoracique.

Puis, on sectionne les muscles intercostaux au niveau du bord supérieur de la côte supérieure et au niveau du bord inférieur de la côte inférieure.

Nous les sectionnons à petits coups de ciseaux droit en reclinant la plèvre avec un ou plusieurs doigts gauches qui l'abaissent à plat vers l'intérieur du thorax.

Hémostase.

Révision de la plaie.

Régularisation à la pince gouge des pointes costales, en protégeant la plèvre avec le doigt.

Pansement ou drainage (Voir p. 46).

Telle est la technique que nous conseillerons, d'après l'expérimentation et la chirurgie du vivant. Un point est surtout digne d'intérêt, et c'est pourquoi nous y revenons : c'est la manière d'obtenir inmanquablement la résection extra périostée de tout segment d'arc costal.

Or, tous nos opérés ont conservé une *brèche pariétale permanente* ; la résection était donc bien extrapériostée. (Ajoutons aussi que nous n'avons jamais vu de hernie du poumon).

Notre technique permet de commencer cette résection par des manœuvres sous-périostées, d'amorcer ce clivage par simple traction et de le terminer par une douce pression au doigt. Elle réunit la plus grande simplicité d'exécution à la plus grande sécurité pour la plèvre.

ABCÈS LATÉRO-STERNAL.

1. L'incision arciforme, décollant le sein en dehors, est peut-être plus esthétique que l'incision cruciale.

Elle donne un jour très grand vers *le bas*.

Si les lésions siègent au niveau des premiers cartilages, on peut être obligé de tracer un débridement parallèle à la clavicule. La supériorité de la cicatrice obtenue sur celle que donne l'incision cruciale n'est pas bien évidente.

Dans l'incision arciforme, le drainage est très déclive et situé dans le pli de la mamelle.

Une particularité technique différencie l'abcès latéro-sternal de l'abcès costal moyen : c'est la section du squelette en dedans.

On doit procéder ainsi :

1° Section des côtes en dehors de l'abcès (comme ci-dessus).

2° Reclinaison de ce segment de paroi, en tirant fortement en haut et en avant.

3° Clivage de la plèvre, qui est d'autant plus facile que l'on s'approche plus du sternum.

4° Cette manœuvre entraîne les vaisseaux sanguins et lymphatiques mammaires internes qui sont en *avant* du fascia endothoracique dans l'épaisseur du volet.

5° Quand la plèvre est bien reclinée, placer un champ à plat sur elle et sectionner les cartilages à la pince.

Ligature en haut et en bas des vaisseaux mammaires internes.

6° Sous chaque bord du sternum, réséquer les fongus qui restent, régulariser les sections osseuses. Pour ce faire, la gouge de Legouest est un excellent instrument.

ABCÈS DORSAL.

Un seul point particulier en arrière. On peut sectionner la côte ou pratiquer la désarticulation costo-transversaire.

Les ganglions malades sont à chercher sur le diaphragme, sous le cul-de-sac pleural, latéralement par rapport au rachis.

L'opération classique est d'ailleurs beaucoup plus rarement réalisable dans l'abcès dorsal que dans les autres abcès. Souvent, on réséquera autant de côte qu'il convient et l'on fera l'adénectomie en se guidant sur les lésions caséuses.

Rappellerai-je que l'abcès dorsal est le plus atypique et que les fausses indications opératoires y sont plus fréquentes et plus graves que pour nul autre.

ABCÈS ABDOMINO-THORACIQUE.

Quand ils naissent dans les ganglions des derniers espaces intercostaux, les abcès fument dans la paroi abdominale ou lombaire.

Leur traitement comporte alors une excision des muscles de la paroi abdominale. L'obs. 39 montre qu'une malade âgée a supporté sans éviscération ultérieure l'ablation d'une grande étendue du muscle droit.

L'ABCÈS FISTULEUX.

Distinguons deux cas :

Abcès de volume moyen ;

Grand abcès.

L'abcès de volume moyen peut être opéré par la méthode ordinaire.

Le centre de l'incision cruciale sera sur l'orifice fistuleux. Les téguments suspects seront abattus ; en relevant les lambeaux, on examinera très soigneusement leur face profonde.

Le minimum de suture est la meilleure garantie de suites opératoires paisibles.

GRAND ABCÈS FISTULEUX.

A ces abcès convient la technique opératoire la plus simple.

Grandes incisions — résections sous-périostées de longs segments costaux — curettage complet de toutes les fongosités sous-jacentes au squelette.

On se laissera guider vers les profondeurs par le plus petit fongus qui conduira le stylet dans des cavernes caséuses dont les parois seront curettées.

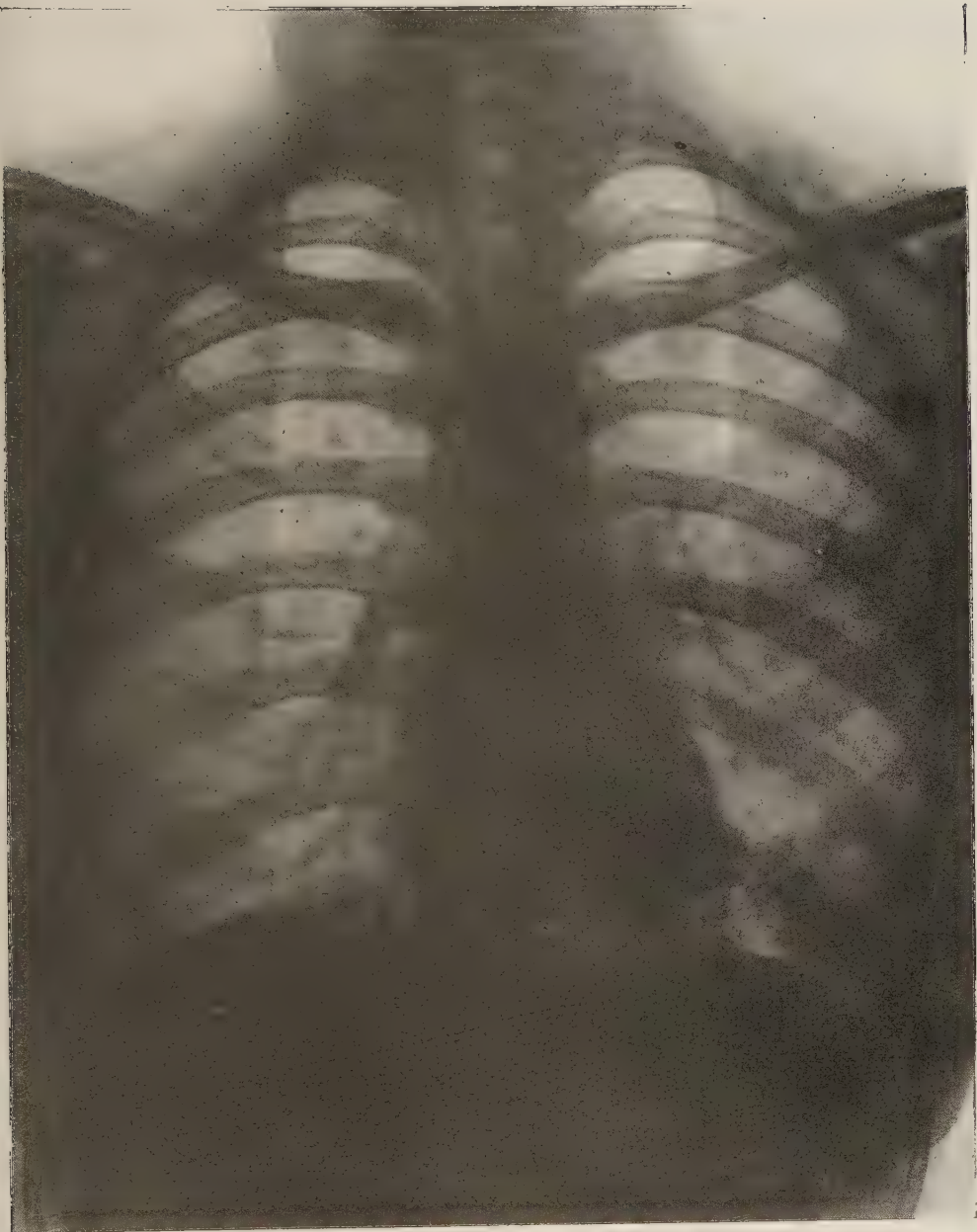
On peut ne jamais voir la plèvre pariétale.

Les clapiers seront décelés par la pression des parties.

Il est prudent de ne pas tenter l'ablation en bloc fermé de toutes les lésions : celles-ci sont trop étendues et le cli-vage entre la plèvre et le fascia endothoracique ne se ferait pas bien. Un pneumothorax opératoire serait alors probablement dangereux.

Il s'agit là d'une intervention atypique, où la lenteur opératoire devient synonyme de prudence, où la seule élégance réside dans la minutie.

Il convient de laisser la plaie complètement béante.



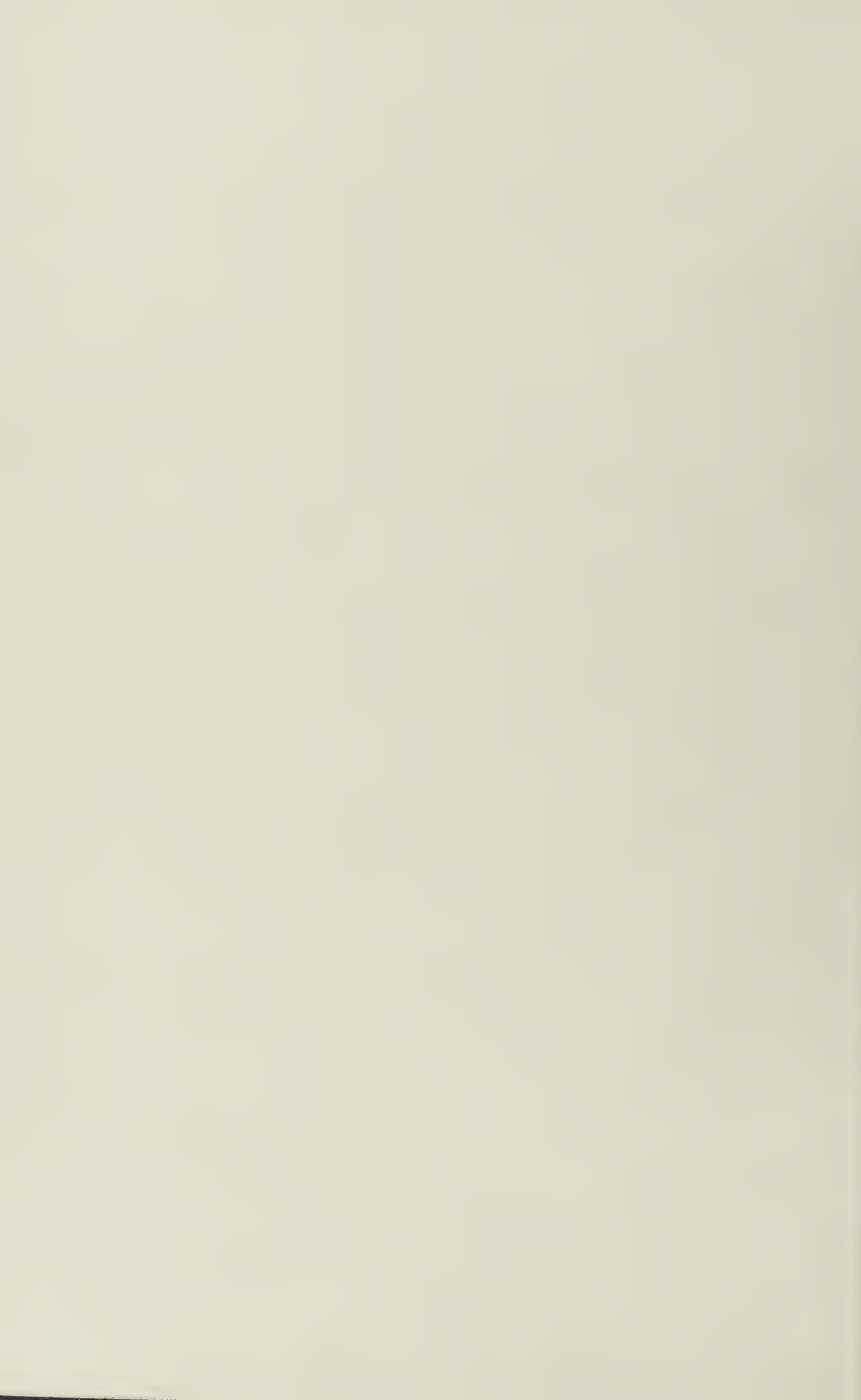
OBSERVATION 82 (*Personnelle*)

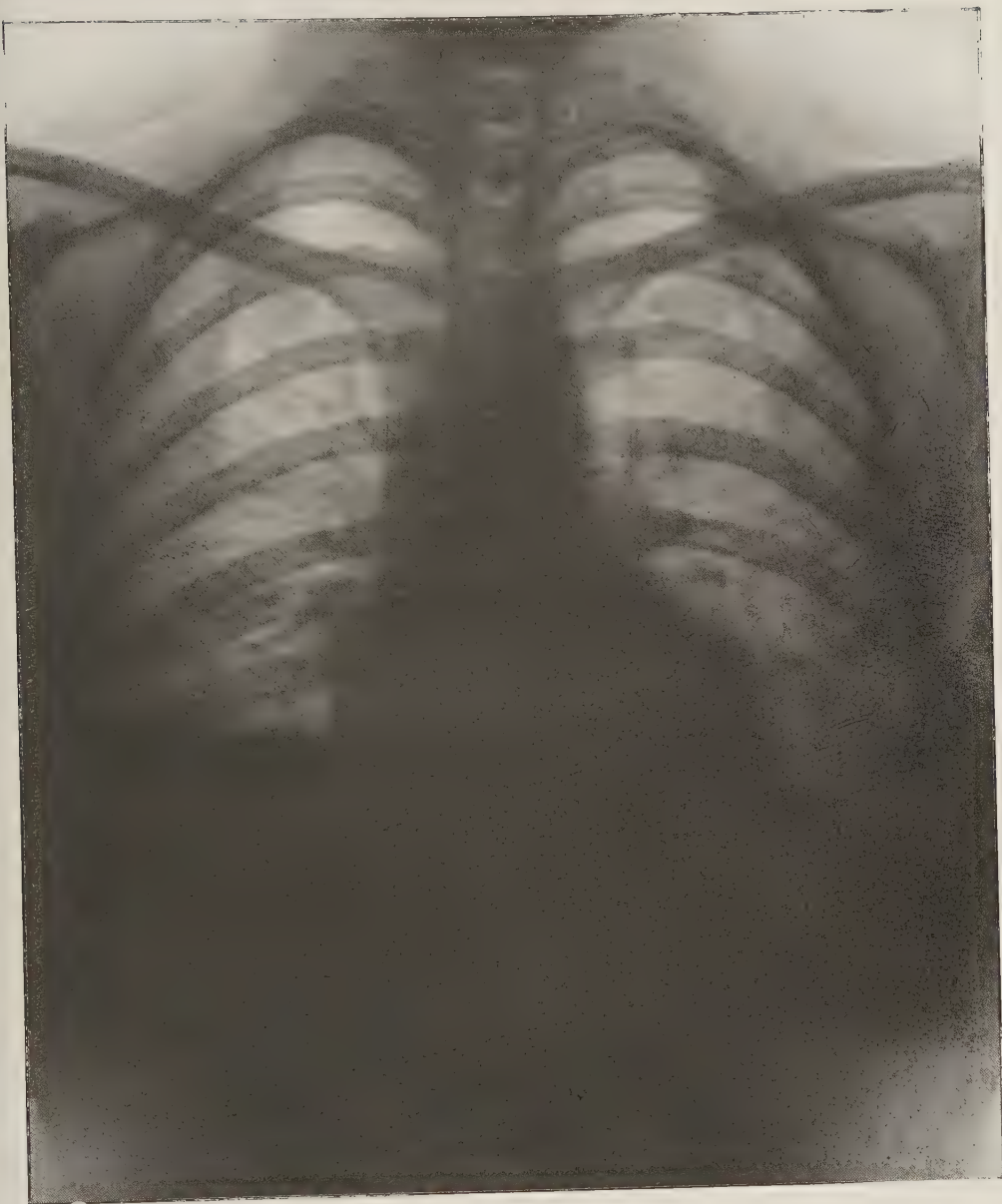
Mlle P..., 23 ans. Abscès latéro-sternal droit, plevre libre.

Opérée le 10 juillet 30.

Radiographiée le 9 juillet 30.

Cicatrisée par première intention.





OBSERVATION 35 (*M. Fredel*)

Mlle M..., 23 ans. Abscès thoracique droit (la pièce a été photographiée).

Opérée en 1929.

Radiographiée en juillet 30.

A beaucoup engraisé.



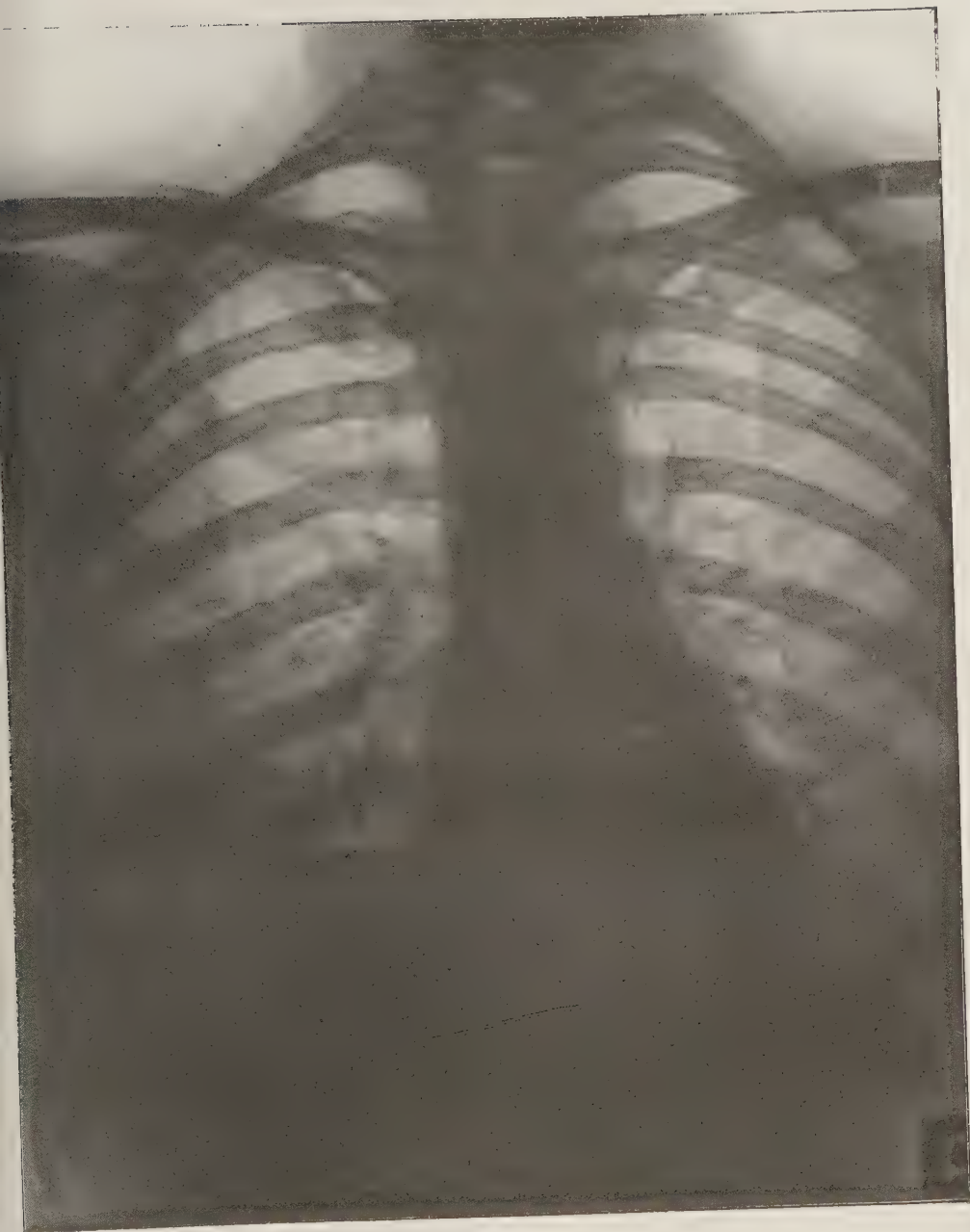


OBSERVATION 83 (*Personnelle*)

H..., 30 ans. Abscès dorsal inférieur droit non fistulisé, traité par la conservation d'une côte avec adénectomie (Résection des deux autres côtes).

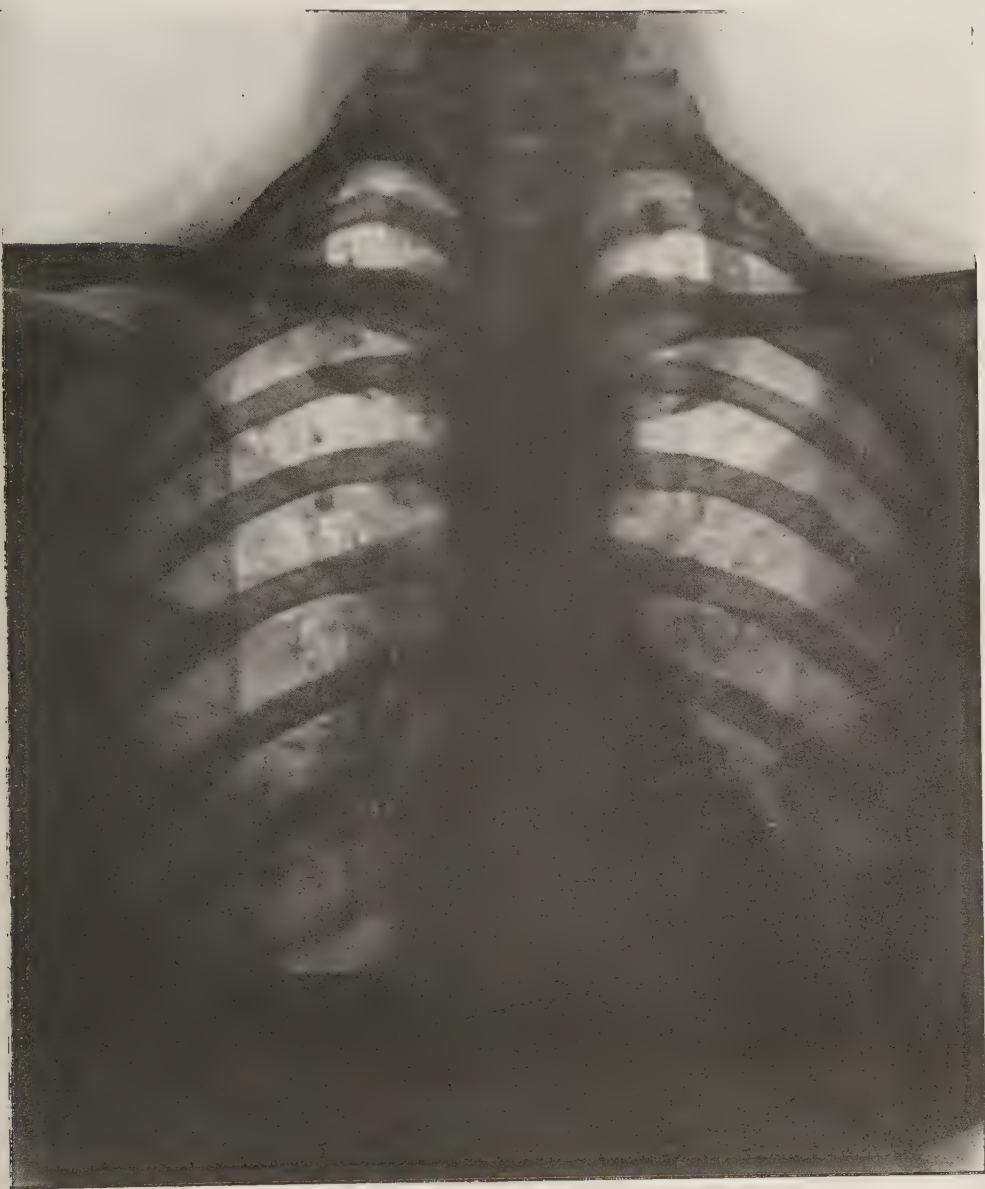
Radiographié avant l'intervention.

Malade cachectique. Cicatrisation complète de l'abcès.



OBSERVATION 72

Mme C..., 38 ans. Absès latéro-sternal droit.
Opérée en 1927 (M. Lenormant).
Radiographiée en juillet 1930.
En excellent état.



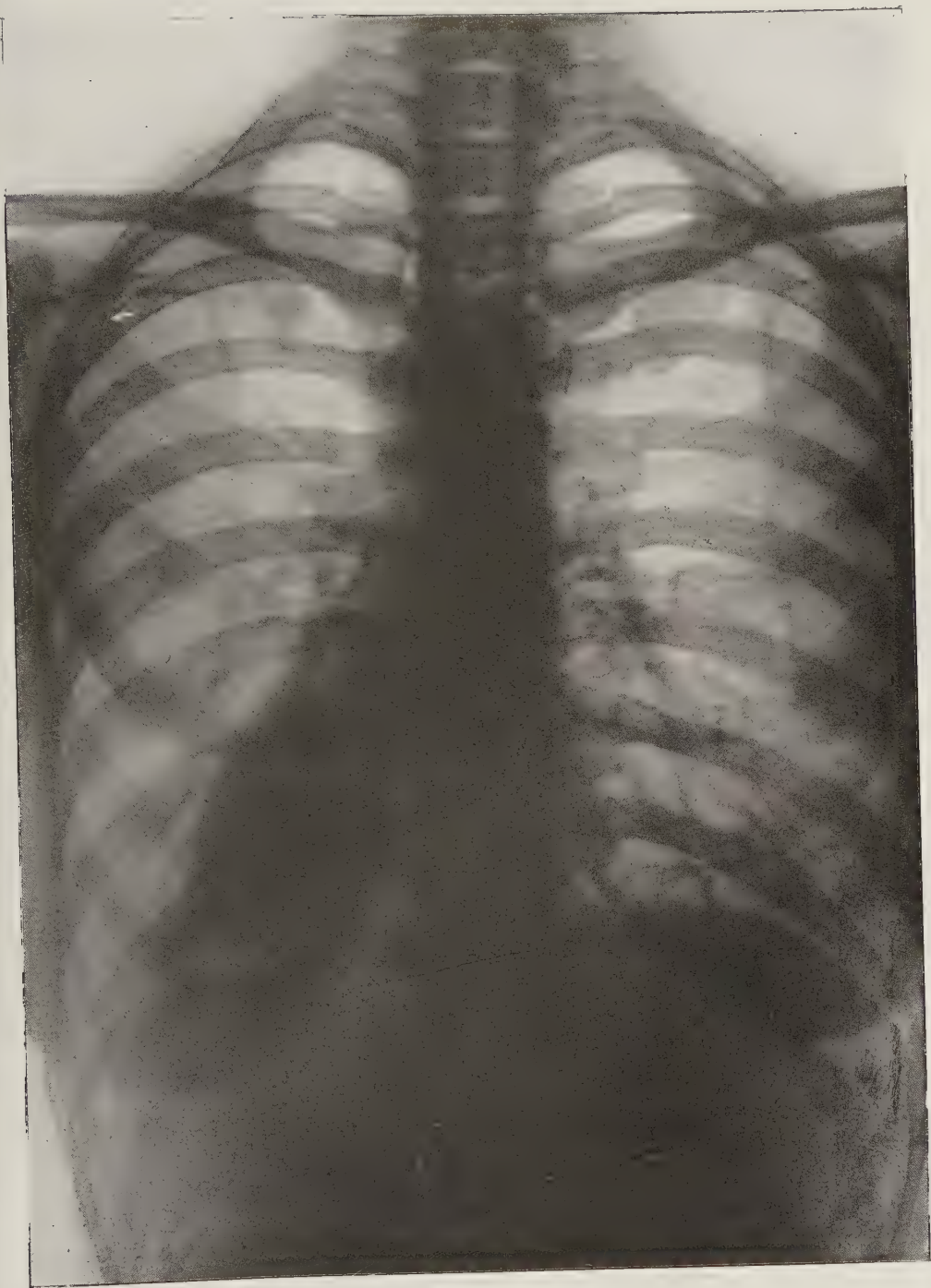
OBSERVATION 79

Mme J..., 36 ans. Abscès axillaire moyen (Résection de la 9^e et de la 10^e côtes).

Opérée en 1929 (M. Patel).

Radiographiée en juillet 1930.

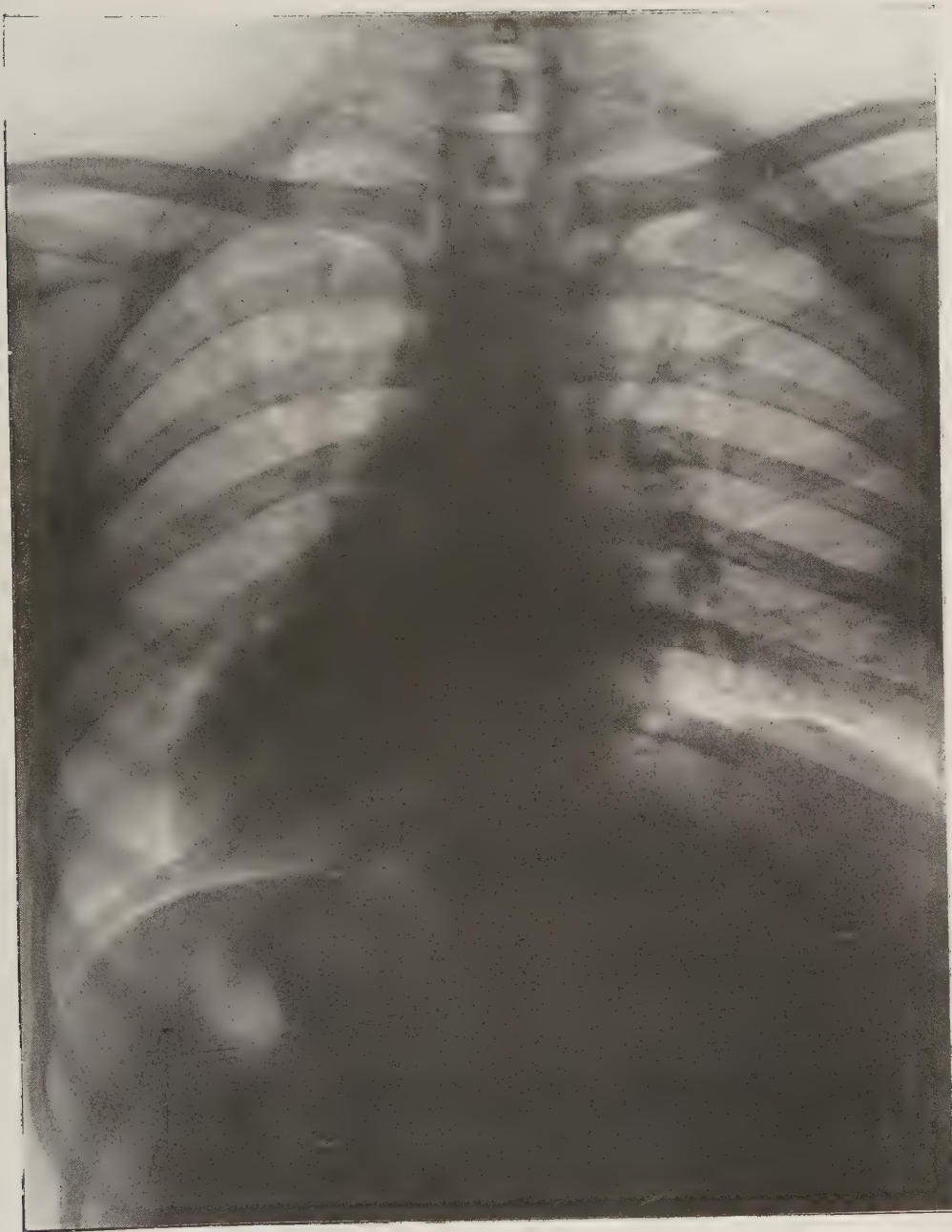
En excellent état.



OBSERVATION DE M. OBERLIN

Abcès latéro-sternal droit, né des ganglions mammaires internes.
Radiographie (d'ailleurs mal orientée), prise 10 jours après l'intervention.

Cicatrisation per primam.



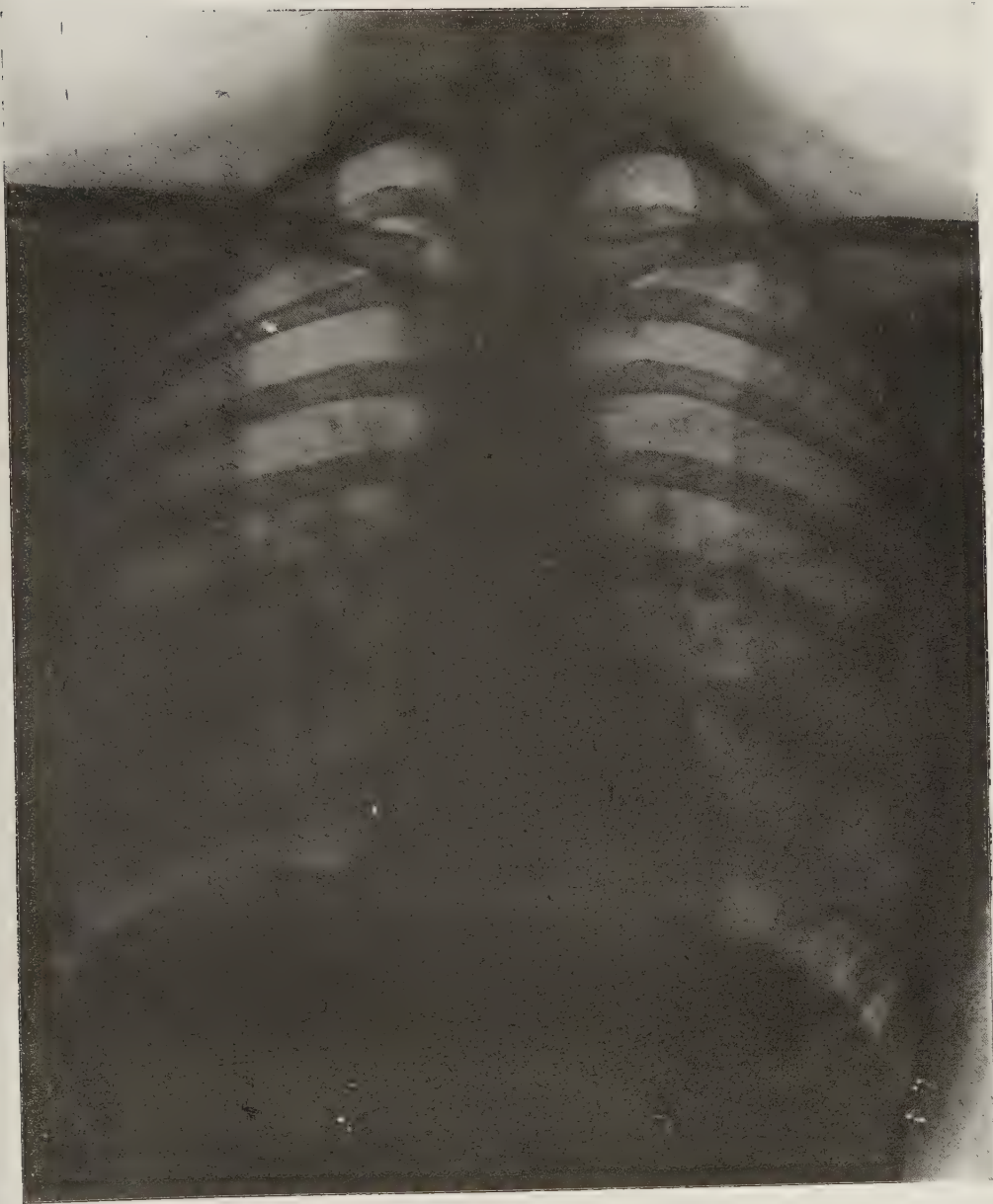
OBSERVATION 37 (*M. Fredel*)

M. G..., 26 ans. Abscès latéro-sternal droit fistulisé. Résection de 4 côtes. Pneumothorax opératoire.

Opéré en 1929.

Radiographié en 1930 (épreuve inversée).

Excellent état.

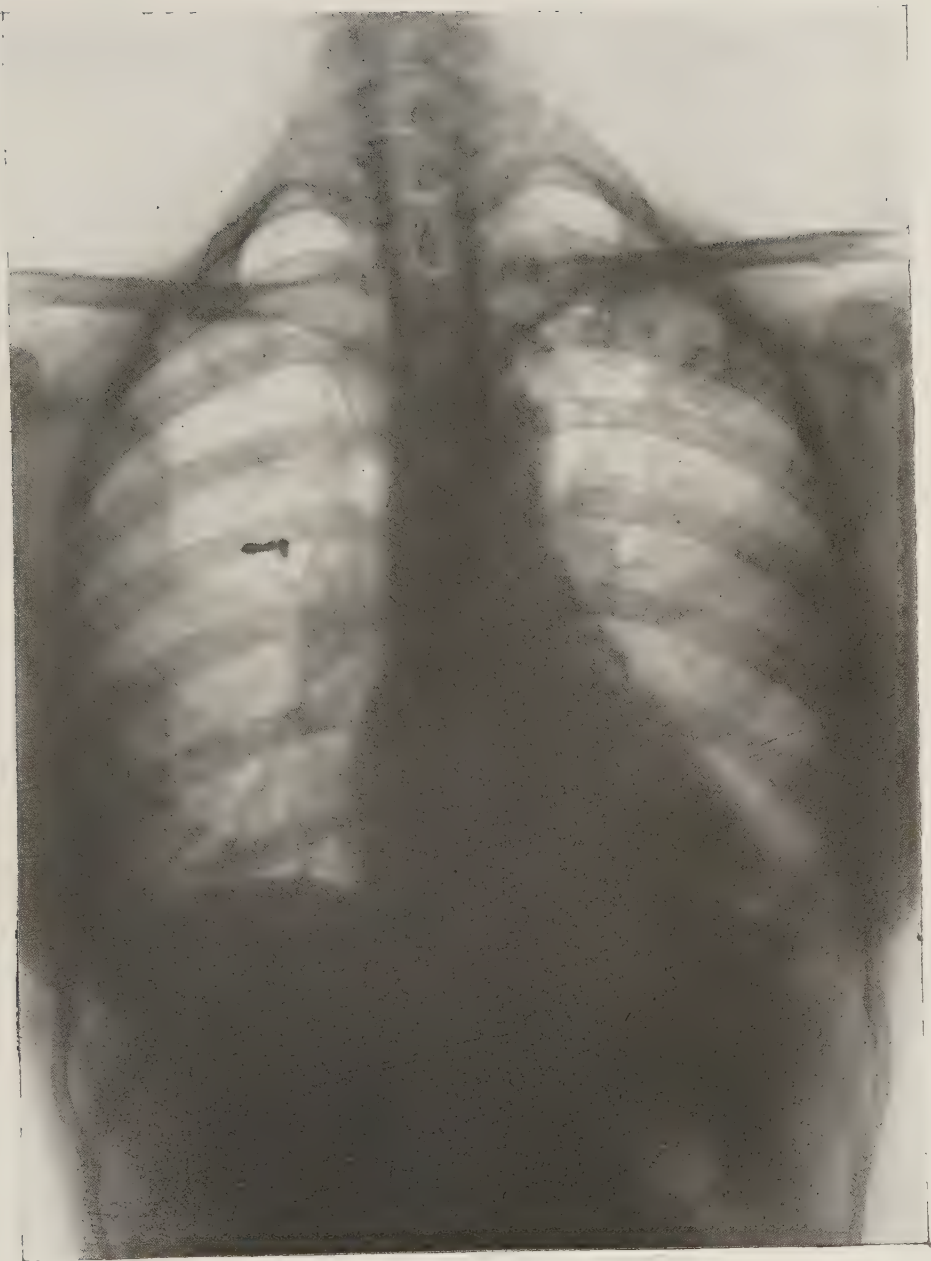


OBSERVATION 34 (*M. Fredet*)

Mme M..., 26 ans. Pleurésie droite il y a 2 ans.

Abscès latéro-sternal droit, avec plèvre libre d'origine ganglionnaire indiscutable.

Opération 4 jours après cette radiographie.



OBSERVATION 46

Ch... Marcelle. Opérée le 22 mars 1926.

Adénopathie non fistulisée de la chaîne mammaire interne gauche.

Très bon état actuel.

Radio en septembre 1930.



OBSERVATION 23

D... Henri, Opéré le 30 avril 1910.
Ancienne pleurésie droite, avec abcès pariétal sur un trajet de ponction.
Résection partielle de la plèvre pariétale, avec pneumothorax opératoire.

Observations

OBSERVATION I

(FREDET)

B... Louis, 38 ans (P. L. M.). Abscès froid rétrosternal.

Opéré il y a 5 ans pour un abcès de la paroi thoracique par M. Blum. Actuellement, fistule devant le sternum conduisant le stylet sur de l'os. La région pré-sternale est envahie par une collection qui infiltre la peau. Le 25-7-10, incision cruciale, évacuation de l'abcès et excision de la poche. Résection de la totalité du manubrium ; on met à découvert une large collection sous-jacente dont le fond est le tissu fibreux pré-péricardique épaissi ; nettoyage à la curette. Cette vaste cavité est tamponnée à la gaze iodoformée.

Part en convalescence à Cunhat, en revient le 11-1-11 en excellent état général, mais avec une fistule à la partie basse de l'incision. Celle-ci, qui avait toujours été petite, se ferma spontanément, et, le 28-12-17, le malade est revu en parfait état, avec une cicatrice déprimée, qu'on aurait peut-être avantage à recouvrir d'une greffe de peau.

Mort en 1918 de cancer gastrique

OBSERVATION II

(FREDET)

F... Louis, 44 ans (P.L.M.). Abscès froid latéro-sternal gauche et précordial.

Opéré le 17-12-25. Chloroforme pénible chez un alcoolique invétéré. Incision cruciale, extirpation en masse de la poche, avec les cartilages costaux et le rebord du sternum. Suture des lambeaux et léger tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison opératoire.

La pièce conservée au Laboratoire montre 2 côtes avec leur cartila-

ge ; le squelette est manifestement sain ; dans l'espace intercostal se trouve un magma caséux en regard des cartilages. L'abcès froid est limité, en avant, dans l'épaisseur des pectoraux, en arrière, par le fascia endothoracique. (Planche I, fig. 1 avant dissection).

OBSERVATION III

(FREDET)

M... Nicolas, 58 ans. Absès froid thoracique latéro-sternal droit.

A débuté, il y a 2 mois, par un petit nodule induré qui a grossi peu à peu et s'est ramolli. Un peu de douleur à la toux et sensibilité des cartilages à la pression.

Examen. — Vers le bord droit du sternum, au dessous de la clavicule, une tumeur arrondie et irrégulière, grosse comme deux poings, mais allongée, aboutit en bas du mamelon droit. Les téguments ont un aspect normal ; la température locale est légèrement augmentée, la fluctuation est très nette, il existe une forte impulsion à la toux. La pression des 4^e, 5^e et 6^e côtes vers leur partie antérieure est un peu douloureuse.

Antécédents. — Pas d'autres absès froids, mais tousseur ancien.

En 1918, à la suite de plaies par éclats d'obus, est opéré de pleurésie purulente.

Auscultation. — Sommet gauche : respiration un peu soufflante.

Sommet droit : submatité, respiration soufflante et prolongée.

Opération le 23-5-23 (MM. Fredet et Dumas). — On enlève en masse l'abcès froid, avec une portion des pectoraux, des côtes, des cartilages et le bord du sternum ; on découvre alors, le long des veines mammaires internes, une file verticale de ganglions caséux, qu'on extirpe. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Depuis cette date, le malade n'a pu être retrouvé.

OBSERVATION IV

(FREDET)

L... Albertine, 22 ans, couturière. Absès froid thoracique gauche.

Dit avoir eu, en 1921, une pleurésie sèche à gauche, pleurésie qui ne fut pas ponctionnée ; elle dut s'aliter 15 jours, souffrant de points

de côté dans l'hémithorax gauche. Ayant repris ses occupations pendant un mois, elle fut contrainte de garder à nouveau le lit, pendant 3 semaines.

Depuis mai 1923, se plaint d'une douleur fixe, sous le sein gauche.

Examen. — C'est une malade à l'aspect chétif, qui présente une tuméfaction peu nette, avec une zone fluctuante au niveau de la 5^e côte et un point douloureux sur la 6^e. L'auscultation montre des frottements des deux côtés.

Par ailleurs, ses antécédents héréditaires et collatéraux sont sans aucun intérêt.

Opération le 27-10-23 (M. Fredet et Dumas). — Anesthésie à l'éther. Extirpation du tuberculôme en bloc, avec résection de trois côtes et de leur cartilage. On met à nu des ganglions caséeux dans les espaces intercostaux. Hémostase. Tamponnement, gaze iodoformée. Suture incomplète. La malade sort le 14-12-23.

Elle est revue le 17-12-24 en très bon état.

OBSERVATION V

(FREDET)

Ch... Marcel, 34 ans (P.L.M.). — Abscès froid présternal droit.

A eu, il y a un an, une pleurésie avec épanchement de ce même côté.

Opéré le 5-6-23. — Extirpation de l'abcès froid. Résection du bord sternal droit, avec 2 cartilages sains, ce qui met en évidence une adénite de la chaîne mammaire interne. Ablation. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le malade reste cicatrisé jusqu'à fin septembre 24. Le 10 octobre 24, il est revu avec un petit abcès fistulisé, sans profondeur.

Mort en octobre 1925.

OBSERVATION VI

(FREDET)

C... Anne, 28 ans. — Abscès froid.

Début à 22 ans, par une grosseur à la partie moyenne du sternum, qui atteint le volume d'un petit œuf. On l'avait ponctionnée plusieurs fois chaque année à Beaujon. Elle refusait l'intervention.

Elle présente actuellement, à la partie supérieure du sternum, 2 fis-

tules coulant abondamment. Les orifices sont petits, les bords peu décollés, mais entourés d'une zone inflammatoire très rouge. Pas de points douloureux. La radiographie montre une raréfaction du sternum.

Antécédents. — A toussé quelquefois, et, l'hiver dernier, a noté, dans son expectoration, quelques stries sanglantes.

Rien à l'auscultation des poumons. Bordet-Wassermann négatif.

Opéré le 26-5-23 (MM. Fredet et Dumas). — Ether. Incision verticale entre les deux fistules, aux extrémités desquelles on branche 2 traits horizontaux (H couchée). Ablation d'un gros sequestre infecté. Egrugeage de l'os jusqu'à ce qu'il paraisse parfaitement sain. Finalement, tout le manubrium a disparu. Tamponnement gaze iodoformée.

Dans ce cas, où l'évolution s'étendait sur 6 années et où le sternum était atteint d'ostéite, il est impossible de reconnaître l'origine véritable de l'abcès froid.

OBSERVATION VII

(FREDET)

P... Henri (P.L.M.). — Double abcès froid thoracique, l'un dorsal, l'autre présternal.

Antécédents. — Bronchites à répétition. Poumon et cœur normaux à l'auscultation.

Première intervention le 2 juin 21 (MM. Fredet et Ollier). Anesthésie à l'éther. Résection de l'abcès froid dorsal en bloc, sans l'ouvrir, nécessitant la résection de 3 côtes. La plèvre est libre. Réunion des muscles au catgut. Léger tamponnement à la gaze iodoformée. Suture de la peau aux crins.

Le 4-7-21, exérèse de l'abcès présternal. On circonscrit les gommages qui recouvrent la partie supérieure et gauche du sternum, par une incision cruciale de la peau et le sacrifice des chefs du grand pectoral qui s'attachent au sternum. On rase le squelette, qui est sain, et l'on voit alors que le prolongement du fungus s'insinue dans la partie toute antérieure de l'espace intercostal. On ne trouve pas de poche sous les os et l'on ne voit point de ganglions malades. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 12 janvier 1922, 6 mois après, le malade a conservé une fistule, et il faut intervenir. On extirpe alors un abcès précordial, avec 3 côtes et leur cartilage, et l'on trouve cette fois une lésion tuberculeuse des ganglions mammaires internes. Ablation. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le malade est revu le 24-3-22 ; il va très bien.

Suicidé en 1923.

Une des pièces, conservée au Laboratoire, est des plus instructives : elle montre un abcès froid embroché par une côte saine et issu d'un ganglion caséeux sous-jacent à l'arc costal.

Mais l'histoire clinique de l'abcès pré-sternal, n'est-elle pas convaincante, qui montre, après une première récurrence, la guérison ne survenant que lorsqu'on a fait l'opération pathogénique : l'ablation du ganglion malade.

(Voy. figures 2 et 3, Pl. I).

OBSERVATION VIII

(FREDËT)

Mlle B... M..., 16 ans, sans profession.

Consulte le 21 novembre 1923 à la Charité, pour une tumeur rénitente, située au-dessous et en dedans de l'omoplate droite. Impulsion à la toux. Points douloureux à la partie toute postérieure de la 8^e côte. Depuis un mois, faiblesse générale, aménorrhée, adénopathie inguinale et cervicale. Rien à l'auscultation des poumons.

Opérée le 3-12-23 (MM. Fredet et Beyle). Évacuation de la poche par une incision cruciale. Sur le bord de la masse sacro-lombaire, on trouve un trajet qui conduit dans la paroi. On extirpe largement trois côtes et l'on est alors conduit sur la face antérieure de la colonne vertébrale. Il s'agit d'un mal de Pott. On curette la cavité et l'on tamponne à la gaze iodoformée.

La malade est revue le 20-8-24, soit après 8 mois, en excellent état.

OBSERVATION IX

(FREDËT)

A... Aimé, 26 ans (P.-L.-M.).

Entre à la Charité le 15 mars 1921. Ressent depuis 2 à 3 mois des « douleurs sourdes dans les reins », puis note l'apparition de deux petites tumeurs, dans la région lombo-sacrée, qui se réunissent en une seule, grosse comme un œuf. A la ponction, pus.

Examen. — Tumeur molle, fluctuante à droite de la ligne médiane postérieure, étalée devant les vertèbres sacrées et remontant vers la ré-

gion lombaire. Douleur sur les apophyses épineuses des vertèbres lombaires.

Pleurésie séro-fibrineuse en 1918.

Opération le 19-4-21 (MM. Fredet et Humbert). L'incision remonte depuis le sacrum jusqu'au bord inférieur de l'omoplate. On découvre deux apophyses transverses voisines qui sont malades. On résèque les deux côtes et tout le squelette malade. On met ainsi en évidence un foyer sous-jacent, avec un ganglion hypertrophié. La plèvre est saine. Le trapèze et le grand dorsal sont réunis au catgut en un plan. Un tamponnement à la gaze iodoformée établit un drainage au point déclive.

Le malade est revu le 28-10-21 ; il a encore plusieurs trajets fistuleux dans la partie basse.

Il semble qu'il se soit agi d'une arthrite tuberculeuse d'une ou de deux articulations costo-transversaires, avec adénopathie vraisemblablement secondaire, à moins que, le résultat étant médiocre, on ne mette en doute le diagnostic opératoire, et qu'il se soit agi d'une autre lésion.

Mort après 15 mois de péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION X

(FREDET)

P... Alphonse, 24 ans. Abscess froid issu directement du poumon à travers la plèvre symphysée.

Entre le 24 avril 1930 à la Charité.

En mai 1917, il est évacué des armées pendant 24 jours pour congestion pulmonaire ; puis, il présente des névralgies intercostales et de la gêne respiratoire. En septembre 17, il se sent fébrile ; on l'évacue pour une pleurésie droite ; on ponctionne 1.500 grammes de liquide séro-fibrineux. Reste hospitalisé jusqu'au 4 décembre.

Pendant 2 ans et demie, il conserve l'apparence d'une bonne santé, mais il a souvent des douleurs thoraciques inférieures droites pendant 3 ou 4 jours. Ces jours derniers, la douleur augmente, la respiration est gênée ; enfin, il voit paraître, entre le sternum et la mamelle, une grosseur du volume d'une noix, dure, presque indolente, qui augmente de volume et se ramollit. Il existe une forte impulsion à la toux, et, vers le 30 avril, la tumeur, qui a pris les dimensions d'une mandarine, envahit la peau et se fistulise.

Examen général. — Submatité et obscurité des deux sommets, surtout à droite ; de ce côté, quelques frottements pleuraux. Un volumineux ganglion sous-maxillaire à droite.

Opération le 4-5-20 (MM. Fredet et Allary). — Ether. Résection de trois côtes jusqu'au sternum. On trouve, sous les cartilages, une collection qui se continue sous la plèvre et aboutit à une masse caséuse, qui semble se prolonger par un pédicule entre les deux lobes du poumon. Exérèse des tissus malades. Le poumon, dont la plèvre est adhérente, se rétracte, et il reste une vaste poche qui est tamponnée à la gaze iodoformée. On ramène la peau pour diminuer l'étendue de la brèche.

Nous n'avons malheureusement pas pu connaître le sort ultérieur de ce malade. Qu'on nous permette de résumer, pour faire un rapprochement, la très intéressante observation de Courboules (Société de Chirurgie de Lyon, 19 mars 1925) : Derrière trois côtes, il dissèque un gros gâteau caséux, dont le fond est relié par un pédicule à l'interlobe pulmonaire. Après trois récidives, le malade finit par guérir.

OBSERVATION XI

(FREDET)

B. A..., 25 ans, menuisier.

Entre le 16-1-20 à la Charité, porteur d'un abcès froid fistulisé latéro-sternal.

Opération le 16-1-20 (MM. Fredet et Rougeulle). Chloroforme. Isolement d'un segment quadrilatère dans lequel s'ouvrent les fistules et qui est réséqué ; puis on lève deux lambeaux, l'un interne, l'autre externe. On trouve entre les cartilages, qui sont sains, deux petits amas fongueux ; on résèque largement deux arcs costaux, avec leur cartilage, et l'on tombe sur des ganglions qui, manifestement, sont ceux de la chaîne mammaire interne. Nettoyage soigneux. Hémostase. Tamponnement gaze iodoformée.

Le 9 juillet 1930, — soit 10 ans et 5 mois après l'opération, — le malade nous répond qu'il va très bien, que la cicatrice est fort belle, mais que l'épaule gauche — côté de son opération — est ankylosée.

OBSERVATION XII

(FREDET)

B... Georges, 22 ans. Abscès froid thoracique de la ligne axillaire, siégeant sur la 9^e ou la 12^e côte.

Opération le 27-3-19 (MM. Fredet et Picard). Chloroforme. Extirpation de l'abcès, avec ablation en bloc des trois côtes. Deux petites ouvertures à la plèvre sont fermées par des catguts. Réunion incomplète. Tamponnement gaze iodoformée.

OBSERVATION XIII

(FREDET)

P..., 43 ans, facteur P.-L.-M. Abscès froid thoracique droit.

Opéré le 22-6-19 (MM. Fredet et Davalos). Résection des trois côtes et de l'abcès froid. On trouve l'origine des lésions sur la face inférieure de la plèvre.

OBSERVATION XIV

(FREDET)

Mlle B..., raffineuse. Abscès froid thoracique latéro-sternal gauche.

L'abcès froid siège un peu plus haut que le mamelon et le bord gauche du sternum.

Opération le 23 mai 1914. — Chloroforme. Incision cruciale ; on relève quatre lambeaux triangulaires. On sectionne en tissu sain, le grand pectoral, et, au-dessous de lui, le petit, isolant ainsi la tuméfaction au-dessus, au-dessous, en dedans. Isolement et section de trois côtes qui constituent, avec leur cartilage, le squelette de la tumeur. On résèque en dedans le bord gauche du sternum ; on voit alors une poche dont le couvercle est constitué par des côtes et du cartilage sain, l'origine de la suppuration étant dans les ganglions mammaires internes. Ces ganglions, qui sont hypertrophiés, et certains caséeux, sont situés sur le bord externe des vaisseaux et reposent sur des tissus fibreux épaissis ; en dehors, la plèvre est libre. Guérison opératoire.

OBSERVATION XV

(FREDET)

P... B..., 26 ans, infirmière. Abscès froid thoracique antérieur droit.

La masse siège en dedans du sein droit, entre lui et le bord du sternum ; elle remonte jusqu'au devant des 1^{re}, 2^e et 3^e côtes.

La malade est opérée le 26-4-14. Incision cruciale au-devant de la tumeur ; on isole un ovale de muscles grand pectoral, en passant en tissu sain ; on est conduit à réséquer trois côtes, avec leur cartilage. Près du bord du sternum et un peu au-dessous, siègent deux ganglions incomplètement fondus, qu'on déloge avec la gouge de Legouest (dans le compte rendu l'opérateur se félicite d'avoir utilisé cet instrument), puis on rogne à la gouge le bord sternal et le premier cartilage costal, pour mettre à nu tous les endroits suspects ; tout est alors parfaitement net. Réunion incomplète. Tamponnement à la gaze iodoformée.

OBSERVATION XVI

(FREDET)

B... Jules, 51 ans. Abscès froid thoracique gauche, fistulisé, siégeant près du sternum, sous les insertions du grand droit de l'abdomen.

Opéré le 15-5-14. — Incision cruciale centrée sur l'orifice fistuleux. On extirpe les tissus en zone saine. Il faut réséquer les insertions supérieures et externes du muscle droit. Les deux cartilages qui leur correspondent sont sains et l'abcès ne pénètre pas dans leur interstice. Réunion incomplète. Tamponnement à la gaze iodoformée.

En juillet 1930, la fille de ce malade nous envoya les renseignements suivants : Son père, qui toussait depuis 20 ans et qui était atteint de tuberculose pulmonaire, est mort en 1924, d'une « crise d'asthme ». Il avait donc survécu 10 ans à l'opération, qui « avait parfaitement réussi, la plaie étant parfaitement cicatrisée ».

Cette observation, intéressante par ses résultats éloignés, laisse planer quelques doutes sur l'origine des lésions. S'agit-il d'une tuberculose primitive, des parties molles ? Est-ce un abcès froid migrateur, dont l'origine inconnue aurait guéri spontanément ? Nous ne pouvons nous prononcer.

OBSERVATION XVII

(FREDET)

P. E..., 24 ans, menuisier. Abscès en bissac, siégeant au-dessous du rebord costal, près de la masse sacro-lombaire droite.

Opération le 18-2-13 (MM. Fredet et Escudié). Incision cutanée cruciale, relevant quatre lambeaux. Section des muscles autour de la poche, en passant en tissu sain ; on rase la masse sacro-lombaire et on dénude deux côtes, qui sont saines. La côte intermédiaire embroche la tumeur ; elle est réséquée en arrière et en avant, ainsi que les deux côtes voisines. L'on découvre alors le fond de la lésion ; celle-ci siège sur la face supérieure du diaphragme, dans le sinus costo-diaphragmatique, au-dessus du cul-de-sac pleural, qui est sain et qu'on refoule vers le haut ; on essaie, mais en vain, d'exciser le fond de la poche, mais il fait corps avec le muscle diaphragme, et il aurait fallu en découper un segment large comme une pièce de 5 francs. En isolant la partie malade du diaphragme, on ouvre deux fois l'abdomen au contact de la nouvelle convexité du foie ; suture immédiate en catgut. Hémostase par ligature ; pour obtenir un drainage déclive, on doit réséquer une 4^e côte, qui est saine. Tamponnement à la gaze iodoformée. Fermeture partielle.

L'opinion de M. Fredet est qu'il s'agit d'une tuberculose des ganglions latéraux vertébraux, mais nous avons noté cette observation parmi celles dont la pathogénie n'est point certaine.

En 1930, soit 17 ans après l'intervention, le malade nous écrit qu'il ne peut pas perdre une demi-journée de travail d'usine pour se présenter à l'hôpital, mais que sa cicatrice est belle, qu'elle n'a jamais suppuré, et que « le malingre de 1913 est aujourd'hui un colosse ».

OBSERVATION XVIII

(FREDET)

M. J..., 48 ans.

Malade du service du D^r Josué, où il était soigné pour une bronchite, depuis octobre 1911.

Il a perdu un frère en bas-âge ; un autre à l'âge de 40 ans (albuminurie ?) ; une sœur est morte de la poitrine à 38 ans.

Personnellement, il se dit bien portant. A eu 3 enfants : l'un est mort de pneumonie à 13 ans ; l'autre de convulsions à 17 mois. Il tousse l'hiver depuis 20 ans. Il présente, sur la ligne axillaire, deux tumeurs

superposées, l'une au niveau de la 6^e côte, l'autre au niveau de la 7^e ; elles sont séparées l'une de l'autre par un centimètre ; l'ensemble atteint le rebord costal. A l'auscultation du poumon droit on trouve une inspiration rude, une expiration prolongée et on entend des râles ; au sommet gauche, il y a des craquements. L'expectoration est muco-purulente et le malade a beaucoup maigri depuis 5 mois.

Il est opéré le 28-3-12. Les deux abcès froids qui communiquent ne sont pas réductibles dans le thorax ; on les évacue d'abord par ponction, puis on incise l'ensemble suivant son grand axe. La paroi superficielle de la poche est disséquée, mais la paroi profonde est inextirpable en totalité ; elle repose sur la face externe de trois côtes qui sont saines, mais qu'on résèque sur 8 à 10 cm. environ, jusqu'au cartilage. En extirpant tous les tissus mous intermédiaires, on trouve, dans un espace intercostal, un ganglion tuberculeux voisin du cartilage. Il existe là une poche profonde, qui est nettoyée ; on aperçoit alors la plèvre libre, au travers de laquelle on voit jouer le poumon. Réunion partielle à la gaze iodoformée.

Nous avons appris que ce malade était mort récemment, et l'on peut admettre une survie de 18 ans.

OBSERVATION XIX

(FREDET)

M. Emile, 23 ans. — Abcès froid thoracique latéro-sternal inférieur droit, atteignant la ligne médiane.

Le 6-6-2., cet abcès est extirpé en masse, sous chloroforme, par MM. Fredet et Arviset. — Incision cruciale, section d'une côte et de 2 cartilages costaux. L'origine de la suppuration est dans un ganglion.

La pièce, conservée au Laboratoire, a malheureusement subi un accident ; elle est complètement desséchée ; mais nous avons pu reconnaître 2 arcs costaux et cartilagineux, qui traversant une masse de tissus lardacés ; côtes et cartilages sont sains.

En juillet 1930, le malade nous répondit d'Etampes qu'il avait eu une « pleurésie purulente » aussitôt après sa sortie de l'hôpital. Il ne nous dit pas si on l'a opéré, mais sa plaie s'est fermée sous l'influence des bains de soleil, et 2 ans après, il prit un travail de bureau.

OBSERVATION XX

(FREDET)

B... Lucie, 20 ans.

Opérée antérieurement par un autre chirurgien. La malade présente actuellement une fistule.

Réintervention le 8 mai 1908 (MM. Fredet et Guyader). Incision du trajet fistuleux et extirpation des 5 dernières côtes sur 15 cm. de long environ. Les 2 moyennes étaient interrompues sur 3 à 4 cm. par la résection antérieure ; on extirpe au ciseau et à la curette toutes les fongosités accessibles ; aucune ligature. On réunit, en laissant un orifice que traversent 2 drains dirigés vers le haut.

OBSERVATION XXI

(FREDET)

Ch... G., 30 ans, ébéniste. — Abscess froid de l'aisselle, tumeur grosse comme une petite orange, siégeant profondément sous le dentelé, entre le grand pectoral et le grand dorsal.

Pas d'antécédents pleuraux. Pas de douleurs à la pression des côtes. Sujet très vigoureux, très bien portant, qui se plaint de douleurs dans l'omoplate.

Opéré le 4-2-09 (MM. Fredet et Dumas). — Incision longitudinale axillaire. Dissection du muscle dentelé. L'abcès se laisse décoller des côtes, mais on poursuit son prolongement entre les côtes et le grand dentelé, jusqu'au bord spinal de l'omoplate, où il se perd. Deux drains dans la cavité.

L'opérateur fait remarquer qu'il n'est pas sûr d'avoir tout enlevé et qu'une fistule conduisant, par exemple, sous l'omoplate est malheureusement prévisible.

Nous n'avons pas pu connaître les suites éloignées de cette opération.

OBSERVATION XXII

(FREDET)

F... Virginie, 23 ans.

Antécédents héréditaires : père et mère en bonne santé, 3 sœurs mortes.

Examen. — Fistules sous-mammaire qui conduit le stylet sur une côte. Dit avoir eu une pleurésie.

Incision dans le sillon sous-mammaire. On résèque la côte, jusqu'au cartilage costal ; cette côte enlevée, on trouve des fongosités qui sont nettoyées à la curette. Fermeture sur un drain. Sort complètement guérie le 10-1-1908.

OBSERVATION XXIII

(FREDET)

D... Henri, 25 ans (P.L.M.).

Homme vigoureux, ayant eu, il y a deux ans, une pleurésie séro-fibrineuse du côté droit. On a fait deux ponctions exploratrices avec la seringue de Pravaz ; elles ont ramené du liquide. Depuis 2 à 3 mois, un abcès est apparu, entre la 9^e et la 10^e côte, au lieu de la ponction précise le malade.

Opéré le 30 juin 1910. — Extirpation de l'abcès avec 3 côtes, sans ouverture de la poche. Le fond de celle-ci fait corps avec la plèvre, qui est épaissie et dont un segment, gros comme une pièce de 2 francs, fait partie du tuberculome. On fait un pneumothorax total, pour réséquer ce segment de plèvre, puis on suture la brèche.

En 1930, le malade remplit ses fonctions à la gare de Lyon ; il est en parfaite santé.

Ce n'est pas seulement le résultat éloigné qui est intéressant dans cette observation. Deux faits retiendront notre attention :

- 1) Il s'agit d'un pleurome vrai. Notre Maître Fredet a réséqué un segment de plèvre malade, en faisant un pneumothorax ;
- 2) Ce seul cas de pleurome vérifié paraît nettement s'être développé sur le trajet de ponction d'une pleurésie séro-fibrineuse.

OBSERVATION XXIV

(FREDET)

C... Eugène, 54 ans (P.L.M.).

Il existe une petite fistule dans la région précordiale : elle conduit sur un os dénudé.

Opéré le 6-7-10 (MM. Fredet et Metzger). — Excision de la fistule. Résection des 3 dernières côtes, avec leur cartilage, jusqu'au sternum. On entre alors dans les fongosités d'un très volumineux abcès pré-pé-

ricardique, qui descend jusqu'au rebord thoracique. On gratte à la curette de nombreux foyers caséux et on laisse un tamponnement iodoformé dans la plaie, qui reste complètement béante. Les os et les cartilages sont sains.

Le résultat éloigné fut mauvais, et, deux ans après, le malade est mort, son abcès s'étant reproduit.

OBSERVATION XXV

(FREDET)

F... François, 21 ans, garçon boucher. Abcès froid thoracique antérieur.

Une grosse masse allongée, d'abord dure, puis fluctuante, dont on extrait, par ponction, le liquide caractéristique. Les téguments sont intacts. Il n'y a pas d'impulsion à la toux et pas de réductibilité.

Opéré le 7 mars 1911 (MM. Fredet et Alexandre). — On circonscrit la tumeur, pour l'enlever sans l'ouvrir ; on résèque la côte supérieure sur 10 cm. environ, jusqu'à l'articulation chondro sternale. On isole la côte sous-jacente en dehors et en dedans ; il existe une petite érosion à son bord inférieur. On résèque la côte en tissu sain. En regard de la lésion costale, se trouve un pertuis fongueux, qui conduit dans un amas caséux échelonné verticalement le long du cul-de-sac pleural. On enlève tout ce qui est malade, en utilisant le clivage entre le fascia endothoracique et la plèvre qui, parfaitement saine, est réclinée en dehors. Attouchement iodé et tamponnement iodoformé.

En 1930, soit 19 ans après l'opération, le malade nous écrit qu'il vit à la campagne, tuberculeux pulmonaire et laryngé.

Dans l'observation prise en 1911, M. Fredet avait écrit en marge : « Je pense qu'il s'agit de ganglions caséux et que c'est l'origine du tuberculome ».

Nous avons pu disséquer cette pièce, après 19 ans, et constater, par une section perpendiculaire à l'espace intercostal :

- 1° Que les masses caséuses étaient situées entre 2 côtes ;
- 2° Que l'abcès n'avait pas perforé le fascia endothoracique ;
- 3° Ayant ensuite coupé les côtes suivant leur longueur, nous avons constaté qu'elles étaient saines, mais que, au niveau des amas caséux, le périoste était irrité et épaissi.

Voilà une pièce que Gaujot n'eût pas manqué d'expliquer par la périostite externe.

(Voir pl. VI, fig. 1).

OBSERVATION XXVI

(FREDET)

N..., 35 ans. — Abscès froid multiple, chez un tuberculeux pulmonaire.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort de fluxion de poitrine, mère paralysée, 3 sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Pleurésie gauche, non ponctionnée, il y a 2 ans. Cette affection aurait duré 3 mois, puis le malade a repris son travail.

En juillet 1910, il remarque une petite tumeur dans le dos, à gauche, puis une seconde dans l'aisselle droite ; celle-ci se fistulise le 1^{er} mars 1911 ; enfin, un mois après, un abcès latéro-sternal gauche se fistulise.

Examen en mai 1911. — Il existe 3 abcès froids : 2 à gauche, dont l'un, dorsal, n'est pas fistuleux ; à droite, l'abcès axillaire est fistulisé. Il n'y a pas de signe de mal de Pott, mais le réflexe rotulien droit est exagéré. A l'auscultation des poumons, le sommet droit présente quelques craquements secs ; au sommet gauche, la respiration est soufflante.

1^{re} opération le 5 avril 1911. — Abscès dorsal gauche. On résèque la poche en totalité, ce qui nécessite l'extirpation des 9^e, 10^e et 11^e côtes. Une poche juxta-pleurale est curetée. Suture.

2^e On opère ensuite l'abcès antérieur, qu'on vide incomplètement par ponction. Il est en relation avec la poche précédemment opérée. Il s'agit, en somme, d'un énorme abcès froid, qui s'étend sur toute la longueur de l'espace intercostal. Les lésions siègent sous des côtes déjà désarticulées de la colonne vertébrale ; il faut, cette fois-ci, les désarticuler d'avec leur cartilage. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée. On a l'impression d'avoir enlevé tous les tissus malades, mais le traumatisme opératoire a été considérable.

Les abcès gauches étant guéris, on opère, le 25 avril 1911, la poche du côté droit. Celle-ci est complètement extirpée avec trois côtes. En retaillant une côte avec la pince Gouge, on fait une petite déchirure à la plèvre ; celle-ci est suturée, puis la plaie est tamponnée à la gaze iodoformée.

Le malade sortit de l'hôpital cicatrisé, mais il mourut un an après de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XXVII

(FREDET)

B... Mathilde, 37 ans.

Malade opérée plusieurs fois. Il existe une grande incision sous le sein, avec des fistules.

Opérée le 12 mai 1912. Grande incision courbe, sous le sein, depuis le bord du sternum jusqu'au bord externe de la mamelle. Sur le milieu de la précédente, incision longitudinale. On soulève deux lambeaux et on découvre le squelette antérieur et inférieur de l'hémithorax gauche. Extirpation des poches. Il faut réséquer quatre côtes et des segments costaux néoformés ; on résèque partiellement le sternum. Tout semble net. On réunit incomplètement sur un tamponnement de gaze iodoformée.

La malade a quitté l'hôpital cicatrisée, mais elle a été perdue de vue.

OBSERVATION XXVIII

(FREDET)

Ch... Marie, 33 ans.

Opérée le 28 octobre 1912 (MM. Fredet et Miegville). Absès présternal fistulisé. Les fongosités s'engagent entre les cartilages costaux. Il faut extirper trois cartilages, une portion de leur côte, et le bord du sternum. On met à nu le péricarde sur une surface large comme une petite paume. Tamponnement à la gaze iodoformée.

A quitté l'hôpital cicatrisée.

OBSERVATION XXIX

(FREDET)

D... Albert, 48 ans. Absès en bissac axillaire droit.

Opéré le 7 octobre 1912. Résection large de quatre côtes et d'une 5^e sur une moindre étendue. Nettoyage d'une vaste poche située entre la plèvre et la paroi. Réunion partielle. Tamponnement iodoformé.

OBSERVATION XXX

(FREDET)

G... Emile, 17 ans. Abscès froid dorsal.

Malade antérieurement opéré pour un abcès froid thoracique latéro-sternal.

En 1912, vient à la Pitié pour une tumeur de la région dorsale droite.

Antécédents collatéraux. — A perdu une sœur à 5 ans.

Antécédents personnels. — Rougeole à 7 ans. A 13 ans, appendicite. A 15 ans, pleurésie droite. A 16 ans, abcès thoracique antérieur droit, dont il a été opéré par M. Fredet.

Examen. — Malade âgé de 17 ans. Une grande cicatrice saine latéro-sternale droite. A la partie inférieure du thorax, de ce même côté, il existe un abcès froid allongé suivant la direction des côtes jusqu'à la ligne axillaire moyenne.

Extirpation comme une tumeur. On est conduit sous la face antérieure de l'omoplate, entre deux côtes, jusqu'au niveau des apophyses transverses. Résection des deux côtes, avec désarticulation costo-transversaire. On ne trouve pas de poche sous-jacente. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Nous déplorons beaucoup de n'avoir pu connaître les résultats éloignés de ce que nous interprétons comme une lymphangite tuberculeuse intercostale, d'origine pleurale.

OBSERVATION XXXI

(FREDET)

D... Esther, 22 ans. Abscès froid collecté sous le grand pectoral à droite du sternum, au niveau des cartilages costaux, sous la clavicule. Un gros paquet de ganglions dans l'aisselle.

Le 27 mars 1914, opération de l'abcès et des ganglions (MM. Fredet et Escudié). Grande incision en « U » au-dessous du sein. Extirpation de la partie correspondante de la mamelle. On isole un ovale de grand pectoral, sous lequel est l'abcès. En disséquant celui-ci, on l'isole complètement des cartilages costaux sous-jacents et des muscles intercostaux ; on peut exirper alors la partie la plus profonde de la poche, qui est un ganglion intercostal caséux. Sous la branche externe du lambeau, on extirpe l'adénopathie axillaire ; on isole, non sans peine, mais complètement, la veine axillaire. La masse ayant été complète-

ment enlevée, pour éviter une trop grande déformation du thorax, on ménage un drainage axillaire, et on suture le reste du lambeau avec des crins et des agrafes.

La sœur de cette malade nous écrit que l'opérée est morte tuberculeuse pulmonaire, en 1922. « La plaie a toujours été très belle ».

OBSERVATION XXXII

(FREDET)

L... Gaston, 37 ans. Abscess froid dorsal, centré par la 9^e côte, très près de la masse sacro-lombaire.

Antécédents. — Douleurs intercostales ; jamais de pleurésie. Il y a 10 ans, ganglions dans le cou.

Extirpation de l'abcès avec les tissus environnants, après section des 8^e, 9^e, 10^e et 11^e côtes, au niveau de l'angle, en avant, et au-delà de l'abcès, en arrière. Extirpation totale de la poche intra-thoracique, en contact immédiat avec la plèvre, qui est aisément refoulée. Fermeture incomplète.

Nous avons appris que le malade avait fait toute la guerre, de 1914 à 1918, mais qu'il est mort en juin 1921, d'une congestion cérébrale.

OBSERVATION XXXIII

(FREDET)

M. Olympe, 32 ans. Abscess sous-mammaire gauche.

Opérée le 31 juillet 1914. Extirpation. Résection de deux côtes, avec leurs cartilages qui sont sains, et un peu de bord du sternum. Le foyer intra-thoracique n'est pas extirpé.

Nous ne donnons cette observation que parce que l'état des côtes et celui du cartilage est mentionné.

OBSERVATION XXXIV

(FREDET)

M. Clotilde, 23 ans.

Opération typique d'un abscess froid thoracique droit, avec résection de trois côtes. Au contact immédiat de la plèvre, se trouve un ganglion. On réunit sur un petit drain. Guérison par première intention.

Examen histologique du ganglion. — Ganglion en partie sclérosé, en partie caséifié. Follicule de Koster indiscutable ; cellules géantes très nettes.

La pièce représente une masse de $4 \times 7 \times 4$ cm. ; elle est doublée par un fascia endo-thoracique intact ; sous une côte, siège un magma caséeux. Nous avons disséqué et dédoublé cette côte : péricoste et os absolument sains.

En 1930, la malade a repris son travail depuis 8 mois. Elle ne tousse jamais, engraisse beaucoup ; sa cicatrice est très belle ; il y a, sous elle, une brèche qui admettrait le poing ; à l'effort, le poumon ne fait aucune hernie (voir la radio).

Planche IV (fig. 1).

OBSERVATION XXXV

(FREDET)

J... Joseph, 46 ans. Abscès latéro-sternal droit fistulisé.

Opéré sous chloroforme le 13-12-29 (MM. Fredet et de Langres). Lambeau cutané, à pédicule interne, comprenant la fistule. Section du grand pectoral, pour dégager le bord du sternum. Dissection du canal fistuleux dans le lambeau. On est conduit à l'ablation d'un cartilage sain ; avec la gouge de Legouest, on met à nu l'artère mammaire interne, au côté de laquelle existe un amas caséeux ; il se produit un petit pneumothorax, qu'on suture immédiatement. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le malade a été revu le 7-5-30, le 4-6-30 et le 2-7-30. Il est en très bon état, ne tousse pas. Sa cicatrice est belle.

OBSERVATION XXXVI

(FREDET)

G... Pierre, 26 ans. Abscès latéro-sternal droit, fistulisé. Volumineuse masse inflammatoire infiltrant les parties voisines.

Opéré le 3-6-29 (MM. Fredet et Bérard). Incision cruciale passant par l'orifice fistuleux. Dissection de 4 lambeaux triangulaires. Résection de la peau malade ; section des muscles et des côtes en lieu sain. On libère quatre côtes et l'on relève cette portion des parois thoraciques. En utilisant le plan de clivage entre la plèvre et le fascia endo-thoraci-

que, on voit que la séreuse est saine ; elle subit une petite déchirure qu'on répare avec une aiguille de couturière et du catgut fin. On résèque les cartilages au ras du sternum. Tamponnement iodoformé. Fermeture aux crins.

Pièce de 8 × 8 × 3 cm. Fascia endo-thoracique intact. On dédouble les côtes et les cartilages, qui sont sains ; en faisant des coupes perpendiculaires à l'axe intercostal, on trouve des masses caséeuses, sans pus (Pl. VI, fig. 2).

Revu le 8-7-30, le malade va très bien ; il a beaucoup engraisé. Sous sa cicatrice, qui est belle, existe une brèche large comme la main, sans hernie du poumon à l'effort (voir radio).

OBSERVATION XXXVII

(FREDET)

C... Eugénie, 59 ans. Abscès situé dans la gaine du muscle grand droit et qui donne l'impression d'une tumeur musculaire adhérente à la peau.

Extirpation le 12-3-29 (MM. Fredet et Ardouin). Anesthésie : allyl 2 cc., plus chloroforme. Incision cruciale. Exérèse d'un segment de peau infiltré par la tumeur. On sectionne en muscle sain et l'on est ainsi conduit sous le rebord thoracique droit. L'exérèse complète est faite sans ouvrir le péritoine, mais la réparation n'est pas facile, étant donné les vastes dimensions de la brèche musculaire. On cloisonne la gaine du droit par des points de catgut séparés. Tamponnement iodoformé. Peau aux crins.

Malade revue le 2-7-30. Va très bien. Paroi très solide. Ne tousse pas.

Nous n'avons pas pu faire la preuve de l'origine ganglionnaire de cet abcès froid thoracique, fusant dans la gaine du droit. Faudrait-il discuter une tuberculose musculaire ou intra-péritonéale ? En tous cas, le trajet fongueux conduisait bien sous les cartilages.

Note. — Mascagni figure sous le n° 65 de la planche XXIV un ganglion situé : circa isertionem secundam musculum dextri.

OBSERVATION XXXVIII

(FREDET)

P... Alfio, 19 ans. Abscès froid thoracique droit, siégeant au niveau des 10^e, 11^e et 12^e côtes et descendant dans la paroi lombaire (probablement pas dans la gaine du psoas).

Réséction de trois côtes. On est conduit dans une cavité limitée en arrière et en dedans par le carré des lombes, et en haut par les côtes. Dans cette cavité baigne un nerf libre, descendant très bas et en avant vers l'abdomen et non vers le triangle de Scarpa. On pense que l'abcès n'est pas dans la gaine du psoas, mais son origine ne peut être retrouvée. Tamponnement iodoformé. Fermeture incomplète.

Cinq mois après, le malade, non cicatrisé, est mort tuberculeux pulmonaire en Italie.

OBSERVATION XXXIX

(FREDET)

M... Azouki, 25 ans. Abscès froid assez vaste, siégeant à la partie inférieure de l'hémithorax droit, sur la ligne axillaire.

Opération le 10-3-28 (MM. Fredet et Zagdoun). Anesthésie allyl et chloroforme. Section des trois côtes sur lesquelles siège l'abcès. Ablation en masse. On trouve alors une poche endo-thoracique siégeant sur le diaphragme, au-dessous du sinus pleural, qu'on décolle en haut et en dedans. Un diverticule contenant du pus se dirige vers le bord du sternum. Pour découvrir toute la poche, il faudrait faire une opération trop considérable ; on la fera, s'il y a lieu, en temps ultérieur. Tamponnement gaze iodoformée et suture partielle.

Nous avons appris, en juillet 1930, que le malade, rentré en Algérie, est en parfaite santé, ne tousse pas et a beaucoup engraisé.

La pièce représente un fongus intercostal, et sa photographie est un des documents les plus probants que nous puissions fournir. (Pl. III, fig. 1).

OBSERVATION XL

(FREDET)

G... Marie, 45 ans. Abscès de la région mammaire ; infiltration de la glande (l'origine mammaire ou thoracique de l'abcès est difficile à préciser).

Opération le 30-3-28. On extirpe l'abcès en tissu sain, en faisant l'ablation de la glande mammaire ; on voit alors des pertuis, dont la dissection conduit vers le 2^e espace intercostal, près du sternum, sur un ganglion de la chaîne mammaire. En réséquant les cartilages et en

rognant le sternum, on met à nu plusieurs masses fongueuses ; on les nettoie complètement. Hémostase soignée. Tamponnement iodoformé.

La pièce comprend le mamelon, le sein, et a la forme d'un disque ($8 \times 9 \times 3$). En y faisant trois coupes parallèles à la surface de la peau, nous y avons vu des amas fongueux ; le tissu glandulaire était normal ; la coupe a rencontré un fragment de cartilage sain. Il ne s'agissait point de tuberculose mammaire.

OBSERVATION XLI

(FREDET)

R... Victor, 28 ans (P. L. M.). Abscès précordial gauche, qui bombe au-dessous et en dedans de la pointe du cœur.

Un traitement médical par injections médicamenteuses a produit une large escharre de la peau.

Opération le 9-10-27 (MM. Fredet et Patel). Chloroforme. Incision cruciale. Extirpation de l'abcès avec trois côtes et un peu des cartilages costaux. Ablation d'une adénite mammaire interne. Réunion partielle. Tamponnement iodoformé et drainage.

La pièce est particulièrement démonstrative. Un ganglion caséeux repose dans une caverne costale. Suivant l'épaisseur de la côte, la géode n'infiltré pas la moitié de l'os ; c'est-à-dire qu'après avoir dédoublé l'arc costo-cartilagineux, la demi-épaisseur postérieure est absolument saine.

C'est par la dissection de cette pièce que nous avons été convaincu ; c'est en la pratiquant que la liaison s'est faite dans notre esprit entre la tuberculose ganglionnaire, l'altération des côtes et ce que nous avait dit M. Fredet : « Il y a plus de 20 ans que je ne crois plus à la tuberculose costale ».

(Planche II, fig. 1 et 2).

OBSERVATION XLII

(FREDET)

K... Simon, 40 ans. Abscès latéro-sternal droit, chez un tuberculeux pulmonaire.

Opération le 22-1-27 (MM. Fredet et Zagdoun). Chloroforme. Extirpation de l'abcès, avec deux côtes, par le procédé ordinaire. Il n'y a

pas de poche intra-thoracique, mais un diverticule allant jusqu'au fascia.

La pièce est en deux parties :

1^o) 12 cm. d'une côte, que nous avons dédoublée ; elle est saine ;

2^o) Une masse de 15 × 6 × 4, comprenant une rondelle de grand pectoral, une côte et une masse caséeuse, située sous celle-ci. La tuberculose d'un ganglion intercostal, sans atteinte du squelette (voir la photographie).

(Planche III, fig. 2).

OBSERVATION XLIII

(FREDET)

C... François. Abscès froid thoracique antérieur gauche.

Opéré le 11-3-27 (MM. Fredet et Zagdoun). Chloroforme. Extirpation de l'abcès avec deux côtes, par le procédé ordinaire. Fermeture incomplète de l'incision cruciale.

La photographie de la pièce est plus démonstrative qu'une description. On peut y lire l'origine ganglionnaire de l'abcès froid. Dans un cartilage sain, nous avons rencontré, à la coupe, un petit noyau osseux ; il était parfaitement normal.

Planche V, fig. II.

OBSERVATION XLIV

(FREDET)

C... d'H..., 51 ans, facteur au P. L. M. — Abscès latéro-sternal gauche.

Récidive après une opération subie à St-Antoine.

Opéré en février 1927 (MM. Fredet et Zagdoun). — Chloroforme. Extirpation d'un volumineux abcès froid thoracique, avec résection pariétale, portant sur 3 côtes. On fait le curage des lésions sous-jacentes à l'abcès latéro-sternal antérieurement opéré. On tamponne à la gaze iodoformée ces tissus, qu'on estime encore suspects.

Dans la marge de l'opération, M. Fredet a écrit : « Opération incomplète, il faudra y revenir ».

Le 31-5-27, on place des greffes d'Ollier-Thiersch.

Le malade a donc bien guéri, et nous avons appris qu'en 1930, il vit en retraite dans l'Isère.

La pièce représente un disque de 10 × 8, reposant sur 3 côtes. Vu d'en avant, c'est un vaste cratère. En la retournant et en dédoublant les côtes, nous avons noté un petit tubercule, gros comme une lentille, situé dans la moitié de la côte qui regarde l'abcès.

Cet examen nous a suggéré l'interprétation suivante :

1° Cet abcès a récidivé dans l'espace inter-costal, un peu en dehors de son point d'apparition première ; le mal a donc suivi l'espace inter-costal ;

2° Si la lésion avait été primitivement osseuse, on aurait trouvé, en opérant, la récidive des lésions de la côte, autrement étendues que ce petit tuberculome, gros comme un pois chiche et n'ayant pas même atteint la demi-épaisseur de l'os.

(Planche IV, fig. 2).

OBSERVATION XLV

(FREDET)

C... Marcelle, 33 ans. — Tumeur grosse comme un abricot, située au niveau des 3 premiers espaces inter-costaux, sur la ligne mammaire.

A débuté en février, sans aucun signe général. Actuellement, tégu-ments normaux. Plusieurs cicatrices d'écroutelles. Wassermann négatif.

Extirpation le 22-3-26 (MM. Fredet et Ned.). — Chloroforme. Incision courbe ; section d'un ovale dans le muscle grand pectoral, avec des insertions au niveau du sternum. Il faut lier de nombreux vaisseaux. On sectionne 2 côtes en dehors et 2 cartilages en dedans ; puis, on soulève le tout. Sur le fascia endo-thoracique apparaissent 3 logettes contenant du pus ; on les extirpe ; en opérant la plus interne, on coupe l'artère mammaire interne ; ligature.

Revue le 26-1-27 et le 11-5-27, la malade va très bien. En 1930, elle remplit ses fonctions à la Cie P.L.M., à Paris.

Un examen histologique a été fait ; il conclut à la tuberculose.

Pièce photographiée et radiographie.

(Planche IV, fig. 1).

OBSERVATION XLVI

(FREDET)

T... André, 17 ans. — Abscess précordial gauche.

Opéré par MM. Fredet et Delage le 26-5-28. — Chloroforme. Résection de 2 côtes, ce qui permet d'enlever la masse en bloc.

Malade revu en bonne santé le 7-7-28.

Nous avons disséqué la pièce, qui est parfaitement convaincante de l'adénopathie.

OBSERVATION XLVII

(FREDET)

L... Léa, 66 ans. — Absès froid thoracique gauche, masse du volume d'un œuf, siégeant sous le sein, dans le grand pectoral, faisant corps avec le muscle.

Pas d'antécédents pulmonaires.

Le 9-3-26, résection de l'abcès par M. Fredet et Maurice Fredet. — Chloroforme. Incision contournant le bord externe et inférieur du sein, pour l'attirer en dedans. Mise à nu du grand pectoral. En décollant le muscle du thorax, on entre dans la cavité de l'abcès. On dissèque aux ciseaux courbes toutes les parties musculaires en contact avec l'abcès ; cette dissection conduit sous la face profonde du sein. On constate alors qu'une côte est rompue ; on résèque les 2 côtes sus et sous-jacentes, en passant au-delà du cartilage ; en amenant la masse en dehors, on fait à la plèvre 2 petits trous, qui sont immédiatement réparés avec du catgut fin sur une aiguille de couturière. Hémostase soignée. Tamponnement du foyer à la gaze iodoformée. Réunion des parties axillaire et sternale de l'incision, 2 mèches de gaze sortant sous le sein, dans l'intervalle des sutures.

La malade est morte 3 semaines après, sans avoir quitté l'hôpital.

OBSERVATION XLVIII

(FREDET)

G... André, 20 ans. — Absès thoracique antérieur gauche.

Opération le 22-3-28 (MM. Fredet et Voillemin). — Incision transversale, depuis l'articulation sterno-claviculaire jusqu'au tiers externe de la clavicule. La poche est ouverte ; elle est comprise entre la peau et le grand pectoral. On dissèque toutes les parties en contact avec elle. Ce temps nécessite une ablation ovale du grand pectoral, ce qui découvre le petit. Il existe, sous le petit pectoral, une 2^e poche, dont la dissection conduit sous la 1^{re} côte ; on la résèque jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire, qui paraît saine. Vers le bord du ster-

num, il existe des masses caséeuses qui sont dégagées, en mordant l'os à la pince gouge. A l'extrémité distale de la 1^{re} côte, on ouvre un accès sur la plèvre, qui est intacte ; en la clivant, on fait un petit pneumothorax, dont l'ouverture est immédiatement suturée avec du catgut fin. Quand tout paraît parfaitement sain, on place les tamponnements iodoformés, mais on prend la précaution d'isoler la portion externe, qui est saine, de la région latéro-sternale, qui était malade ; pour cela, on reconstitue, dans le milieu de la plaie, le grand pectoral avec des catguts séparés..

OBSERVATION XLIX

(FREDET)

P... Auguste, 17 ans. — Absès froid latéro-sternal inférieur droit. Tuméfaction douloureuse devant les derniers cartilages et grosses comme une orange.

Aucun antécédent. Pas de tuberculose pulmonaire. Examen du thorax négatif.

Opéré le 2-5-30 (MM. Fredet et Hébert). — Incision cruciale. Relèvement des 4 lambeaux. Section en haut et à gauche du grand pectoral, et en bas, du grand droit. En dehors, on résèque 2 côtes, et, en dedans on traverse leur cartilage au ras du sternum. Le segment de paroi enlevé contient l'artère mammaire interne ; on voit le cul-de-sac pleural libre jusqu'au péricarde. Hémostase soignée. Fermeture partielle sur un tamponnement iodoformé.

Pièce déposée au Laboratoire, nous y avons pratiqué 3 coupes, parallèles à la surface cutanée. Ci-joint la photographie.

(Planche V, fig. 1).

OBSERVATION L

(FREDET)

Mme D..., 44 ans, — Absès froid thoracique précordial inférieur.

Depuis février 1929, toux sèche et douleurs intercostales. Deux mois après, expectoration abondante. On recherche le B. K., sans succès. En juillet et août 1929, on ponctionne une pleurésie séro-fibrineuse. En mars 1930, une grosseur, sur le bord gauche de l'appendice xiphoïde, apparut progressivement.

Actuellement, tumeur non réductible s'étendant au-devant du thorax, empiétant même sur le côté droit ; elle n'est pas réductible.

Opérée le 5 mars 1930. Chloroforme. Incision cruciale. Extirpation complète de la poche, ce qui conduit à réséquer plusieurs cartilages costaux. Il existe des ganglions caséeux le long de la mammaire interne ; on les enlève. Suites opératoires normales.

Nous avons pu disséquer la pièce, en faisant des coupes parallèles à la peau et qui ont intéressé des cartilages intacts.

OBSERVATION LI

(Personnelle)

K... Lala, 30 ans, Algérien.

Vient à l'hôpital pour une tuméfaction du volume d'un œuf, siégeant au-devant du sternum et dépassant le 1^{er} et le 2^e espace intercostal. Téguments intacts.

Etat général médiocre : subfébrile et fatigué. Mais radiographie pulmonaire relativement favorable.

Opéré le 11 avril 1930 (MM. Billet et Kaufmann). Chloroforme. Incision cruciale et relèvement de quatre lambeaux. On isole l'abcès, qui est fortement adhérent au sternum. Pour libérer l'abcès en bloc, on fait les sections squelettiques suivantes :

A droite et à gauche, les deux seconds cartilages.

En haut et en bas, deux traits sternaux transversaux ; la face profonde de l'os ayant été dégagée aux doigts, est attaquée par la scie de Gigli.

Quand on a enlevé ce couvercle osseux, on voit les deux culs-de-sac pleuraux, dans lesquels chaque poumon joue parfaitement, et l'on note surtout l'existence d'un ganglion caséeux, qui était exactement niché dans la perforation sternale. En enlevant ce ganglion, on fait un petit pneumothorax gauche ; suture immédiate de la brèche. Tamponnement par gaze iodoformée. On rabat les quatre lambeaux.

Les suites opératoires furent moins favorables que dans les autres cas. La température atteignit 38°5, mais revint à la normale en quatre jours. Nous pensâmes néanmoins que le désir d'enlever l'abcès en bloc nous avait fait sacrifier trop de squelette ; la brèche mit plus d'un mois à se combler, mais il n'y avait aucune fistule et pas de suppuration. Au centre de la plaie opératoire, le malade conservait seulement une

perte de substance cutanée du diamètre d'une pièce de 5 fr. Dès le 8^e jour, il allait à pied dans le service de Finsenthérapie (1).

OBSERVATION LII

(Personnelle)

G... Marie-Jeanne, 22 ans. Abscess axillaire moyen fistulisé gauche.

Récidive d'une opération faite à l'hôpital Saint-Antoine, quelques mois auparavant.

Pas d'antécédents pleuro-pulmonaires. Bon état général.

Opération le 14-1-30. Chloroforme. Longue incision parallèle à la côte, avec excision de la fistule. On résèque en tissu sain la côte, et, sous elle, plaqué sur le fascia endo-thoracique, se trouve un ganglion caséux sous-jacent à la portion osseuse altérée. Une lymphangite tuberculeuse existe, bien visible, dans l'espace intercostal ; pour la disséquer complètement, il faut supprimer de la côte saine, jusqu'à faire une désarticulation costo-transversaire. Devant l'articulation, existe un ganglion malade ; ablation. En révisant le premier foyer, on note que d'autres magmas caséux existent sous les côtes sus et sous-jacentes. Résection de ces côtes, nettoyage aux ciseaux courbes des trois espaces intercostaux dénudés. Hémostase. En disséquant la plèvre pour vérifier son état, on produit un pneumothorax ; l'ouverture est immédiatement suturée au catgut fin. On laisse la plaie béante sous une mèche iodoformée, après avoir minutieusement vérifié l'étanchéité de la brèche pleurale.

Très bonne suites opératoires. La malade ne dépasse jamais 38° et elle guérit rapidement, après avoir suivi un traitement aux rayons ultra-violets.

En 1931, elle eut un autre abcès froid, cette fois à droite.

OBSERVATION LIII

(Personnelle)

H..., 31 ans, Marocain.

Présente, depuis 3 mois, une collection axillaire moyenne droite, qui s'est fistulisée il y a 2 mois.

(1) Suite dans les Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale (8^e année, n° 406, juin 1931).

Pas d'antécédents pleuro-pulmonaires nets. Dit avoir des frères, des sœurs et des parents bien portants.

Depuis qu'existe la fistule, il maigrit et se fatigue.

A l'examen : abcès froid du thorax, avec fracture spontanée de la côte, visible dans l'ulcération.

Anesthésie au chloroforme. Incision parallèle à la côte ; on branche sur elle une incision verticale, les traits se rencontrant au niveau de la fistule. Les quatre lambeaux triangulaires sont relevés. Résection de trois côtes, en particulier de la côte moyenne, spontanément fracturée. Sous le foyer de fracture existe un magma caséeux ; on fait un nettoyage correct. Les lambeaux sont rapprochés, sous un tamponnement iodoformé.

La côte exposée par la fistule était doublée de volume et son périoste très épais. Les côtes non exposées étaient de dimensions normales. Sur leur face thoracique, existaient des lésions de carie aux points où l'os entraînait en contact avec une adénopathie.

Le malade sortit au 17^e jour, n'ayant jamais présenté plus de 38° dans les trois premiers jours.

OBSERVATION LIV

(SERVICE LENORMANT)

M. Ali ben Ali, 44 ans.

1^o Abcès froid de la face externe du genou.

2^o Abcès froid costal. On résèque la 11^e et la 12^e côtes, le 7-4-19. Les tissus sous-jacents à la côte sont épaissis.

Le 14-5-19, adénite axillaire droite.

Opéré cette fois par M. Lenormant : on extirpe de nombreux ganglions ramollis, mais non tous suppurés. Découverte d'un point d'ostéite costale.

A quitté l'hôpital cicatrisé.

OBSERVATION LV

D... Michel, 48 ans. Tuberculose très étendue du sternum et des cartilages costaux.

Opéré le 11-4-19. Incision cruciale, nettoyage à la gouge et à la cuvette des foyers, les uns sous-costaux, les autres sous-sternaux. Mise à nu des foyers. Tamponnement.

Le 19-5-19, le malade est opéré cette fois-ci par M. Lenormant, d'une adénite axillaire bi-latérale.

1^o) Ablation du paquet gauche, avec la peau fistulisée ; les ganglions sont enlevés sans être ouverts ; on ne voit pas le paquet vasculo-nerveux. Réunion difficile à cause de la traction de la peau. Drain dans l'aisselle.

2^o) Même opération du côté droit ; mais le ganglion le plus suppuré et qui est aussi le plus haut, se déchire ; sa coque, qui est adhérente aux vaisseaux, est laissée en place, après curetage. Ablation du reste du paquet ganglionnaire. Drainage.

A quitté l'hôpital cicatrisé.

OBSERVATION LVI

(LENORMANT)

F... Clément, 18 ans. Abscess froid siégeant au niveau de la face postérieure de l'omoplate.

On ne sent aucun point osseux. Colonne vertébrale normale. On a tenté quatre fois la ponction évacuatrice avec injection thérapeutique, mais le pus se reformait continuellement.

Opéré le 10-11-19 (MM. Lenormant et Moulonguet). Chloroforme. Incision de l'abcès, qui est profondément situé sous les muscles insérés au bord interne de l'omoplate. Evacuation de pus. La poche est alors examinée et on constate, à sa partie interne, dans la région de l'angle postérieur des côtes, un orifice qui conduit dans le thorax et par où s'écoule une grande quantité de pus, quand le malade fait des efforts. On se donne du jour, en réséquant la côte sus-jacente. On peut alors évacuer cette poche profonde et l'explorer du doigt ; elle paraît siéger dans le tissu sous-pleural et au milieu d'adhérences pleurales. (Malgré la traumatopnée, il ne paraît pas y avoir de pneumothorax). La paroi profonde de la poche est calcifiée, donnant l'impression d'une coquille d'œuf adhérent profondément. On essaie sans succès de détacher cette plaque calcifiée. Après évacuation complète du pus, on ferme hermétiquement la poche par suture des muscles et de la peau, sur un drainage aux crins.

Le 1^{er} octobre 1922, le malade est appelé au 36^e B. C. A. Bonne santé générale ; quelques douleurs dans le côté.

OBSERVATION LVII

(SERVICE LENORMANT)

V... Pierre, 58 ans. Abscès latéro-sternal inférieur gauche.

Incision pré-sternale, avec excision de l'orifice fistuleux. On débride celui-ci et on agrandit, en réséquant aux ciseaux ses bords épaissis. On pénètre ainsi dans une vaste cavité des dimensions du poing. Le fond de la poche paraît siéger au-dessus du diaphragme ; elle est nettement en avant du cœur, dont on sent les battements sous sa paroi postérieure. Elle est remplie d'un mélange de pus et de sang, que l'on essuie à la compresse. Tamponnement par deux mèches et un drain.

OBSERVATION LVIII

(MOURE)

H... Charles, 62 ans. Abscès froid lombaire droit.

Incision, extirpation de la poche, qu'on dissèque facilement de la masse sacro-lombaire et des muscles larges de l'abdomen. Ouverture de la poche, qui conduit sous les fausses-côtes. Curettage, attouchement au chlorure de zinc. Fermeture de la plaie aux crins, sur un drain filiforme.

Le malade revient consulter pour une fistule, située à la partie moyenne de la cicatrice ; le stylet ne trouvait pas de contact osseux. Anesthésie au chloroforme. On pénètre dans l'atmosphère rétro-rénal ; pas de points osseux malades. Excision de tout ce tissu.

OBSERVATION LIX

D... François, 58 ans. Abscès froid de la région costale postérieure droite, au-dessous et en dedans de l'omoplate. Fistule à la partie postérieure du coude droit.

Le 11 juillet 22, incision de l'abcès dorsal dans toute sa longueur. Evacuation de pus, mêlé de gros grumeaux caséeux. Extirpation de la partie superficielle de l'abcès, qui fait corps avec les muscles. La partie profonde adhère au grill costal ; elle est détruite aux ciseaux et à la curette. Une des côtes est friable dans son segment postérieur, depuis

l'angle jusqu'à l'articulation. Résection. Suture de la plaie sur drainage aux crins.

Débridement du trajet fistuleux du coude.

OBSERVATION LX

G... Louis, 42 ans. Gros abcès froid de la région lombo-iliaque sortant par le triangle de Jean-Louis Petit.

Colonne vertébrale souple ; pas de points douloureux sur les épines, ni la crête iliaque, mais sur les dernières côtes inférieures gauches.

Anesthésie au chloroforme le 9-10-25. Dissection de l'abcès, qui remplit l'échancrure costo-iliaque. La poche profonde s'enfonce à la face interne des côtes inférieures, tout le long de la colonne, sans qu'on puisse sentir de points osseux dénudés. Curettage, drain, réunion partielle.

Sorti cicatrisé le 28-10-25.

OBSERVATION LXI

L... Maurice, 34 ans. Abcès précordial.

La poche superficielle est dans l'épaisseur du grand pectoral. Les côtes et les cartilages sont sains, mais un prolongement se dirige vers la partie sternale de l'espace intercostal. Curettage et suture sur drain filiforme.

Quitte le service cicatrisé le 1^{er} décembre 25.

OBSERVATION LXII

G... Louis, 21 ans et demi.

Opéré le 9-1-25 d'une récurrence d'abcès qui suppuraient. On trouve une érosion au bord inférieur d'une côte. Résection de celle-ci.

Quitte le service le 23-11-25.

Le 24-2-25 il revient porteur d'une fistule. Réouverture de l'ancienne incision. On trouve, sous la peau, une poche superficielle assez vaste, avec de la matière caséuse. Dans la profondeur, on sent les deux bouts de la côte, qui ne semblent pas altérés ; mais, plus profondément, il existe une masse caséuse sous-costale.

Quitte le service le 30-3-25.

OBSERVATION LXIII

(FREDET)

X...

Opéré le 28 avril 1925. Foyer multiple de tuberculose localisée. Deux abcès froids de la région lombo-iliaque droite.

1^o) Chloroforme. Incision, excision et mise à plat d'un abcès froid superficiel, siégeant à la région dorsale droite. Pas de points douloureux osseux.

2^o) Idem au niveau du bord interne de l'omoplate, sans altération apparente de l'os.

A quitté le service cicatrisé le 28 juin.

OBSERVATION LXIV

(LENORMANT)

(Extrait de la Presse Médicale du 5 août 1925)

D..., 65 ans. Ostéite tuberculeuse des côtes.

Entré à l'hôpital Saint-Louis le 9 juin 1925.

L'affection qui amène le malade à l'hôpital a débuté 6 semaines auparavant, par des douleurs dans toute la moitié gauche du thorax, douleurs qu'exagéraient la toux et les mouvements du bras. Puis le malade ressentit brusquement, en toussant, un craquement un peu au-dessous du mamelon gauche, et bientôt apparut une tuméfaction dans cette même région.

A l'entrée, on note l'existence d'un abcès froid du volume d'une grosse noix, fluctuant, siégeant immédiatement au-dessous du mamelon gauche. A son niveau, on perçoit très nettement de la crépitation : la fracture est évidente. La mobilisation des fragments de la côte est peu douloureuse. Il y a un ganglion un peu gros dans l'aisselle gauche.

Opération le 11 juin, sous anesthésie au chloroforme. Incision longeant la côte malade. L'abcès est sous-jacent au grand pectoral, auquel il adhère. On libère la poche sans l'ouvrir, et l'on dénude les segments antérieur et postérieur de la côte. On sectionne celle-ci en arrière de l'abcès et on enlève, d'une seule pièce, la côte malade et la poche. Il existe une adhérence du lobe inférieur du poumon à la face profonde de la côte : on lie et on détache cette adhérence, et les fils de cette ligature, conservés longs, servent à fixer le poumon à la plaie pariétale. On rapproche ensuite les fibres du grand pectoral par des points de catgut et on suture la peau sans drainage.

Sur la pièce enlevée, on constate l'existence d'une fracture linéaire, perpendiculaire à l'axe de la côte.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Le pneumothorax s'est résorbé en quelques jours ; la plaie a guéri par première intention, et le malade a quitté le service, en parfait état, au bout de 15 jours.

OBSERVATION LXV

(WILMOTH)

F... Albert, 21 ans.

Anciennement opéré de résection de la 12^e côte droite, en 1922. Il existe une fistule de la partie moyenne de la cicatrice, un lupus autour de son orifice et un abcès froid en dehors.

Opéré par le D^r Wilmoth. — Anesthésie au chloroforme. On excise le tout et l'on pousse très loin la dissection d'un trajet fongueux, jusqu'au contact de la graisse sous-péritonéale. Fermeture presque totale sur un drain qui va jusqu'au fond du trajet.

Sort cicatrisé le 25-3-26.

OBSERVATION LXVI

(WILMOTH)

M... Yvonne, 18 ans. — Abcès froid thoracique latéro-sternal supérieur droit.

Résection en tissu sain. On enlève les 2^e et 3^e arcs costaux cartilagineux sur 8 cm., après décollement pleural, sans que la séreuse soit ouverte. Ablation en un seul bloc. Fermeture totale.

OBSERVATION LXVII

(LENORMANT)

M... Saïd, 27 ans. — Abcès froid de la région inférieure de l'hémithorax gauche.

Opéré par M. Lenormant, sous chloroforme. — Excision de la portion superficielle, avec peau et muscles. La dissection de la paroi profonde paraît complète ; on trouve au-dessous, une côte dénudée, mais sans lésion d'ostéite ; on la résèque sous 12 cm. Il y a des fongosités dans le lit de cette côte. Fermeture totale sur drain filiforme.

OBSERVATION LXVIII

(COUDERT)

R... ben Hormadan, 23 ans.

Fistulisé. Malade déjà opéré ; on n'a pas trouvé de points osseux.

Opéré le 9 septembre 1916, par M. Coudert. — Dissection du trajet fistuleux, qui mène d'abord dans un abcès sous-cutané, et ensuite dans un trajet intra-musculaire. Pansement à plat. Sorti après 12 jours.

Le malade revient le 27-7-27 ; il est opéré par M. Wilmoth d'une récidive.

OBSERVATION LXIX

R... Georges, 39 ans. Abcès réchauffé de la région pectorale droite.

Chloroforme. Incision. Evacuation du pus. Pas de points osseux malades. Tamponnement.

OBSERVATION LXX

R... Henri, 25 ans. — Abcès froid situé sous le sein gauche.

Opéré le 3-2-27. — Ether. Incision convexe en dedans, délimitant l'abcès et le sein, section de la peau et du grand pectoral. La poche adhère aux muscles et on l'ouvre du premier coup ; on l'expose largement et on curette très soigneusement les fongosités, en particulier un nid, situé à la face inférieure d'une côte. On résèque à la pince gouge la zone osseuse correspondante ; le reste du squelette paraissant sain, on referme complètement, sur un drainage filiforme. Sorti le 17-2-27.

Le 29-12-27, nouvel abcès froid, gros comme une noix. On dissèque le tout, sans trouver de lésion de côtes ni de cartilages. Réunion complète. Sorti le 11-1-28.

Le 7-3-29, un nouvel abcès sous-jacent à la 5^e côte, non fistulisé, est apparu. Poche en bouton de chemise, avec diverticule sous-costal. Résection large de la côte. Fermeture complète. En examinant la côte, on trouve un foyer d'ostéite superficielle à sa face profonde. Sorti le 20-3-29.

OBSERVATION LXXI

(LENORMANT)

Vve C..., 38 ans. — Abscès latéro-sternal droit, au-dessous et en dedans du sein.

Opérée le 9-7-27 (M. Lenormant). Lambeau à base supérieure. Dissection de la poche en vase clos. Il faut réséquer une côte et le cartilage. Fermeture sans drainage.

La malade a été revue en 1930. Elle se porte très bien et nous avons fait une radiographie de son thorax.

OBSERVATION LXXII

(WILMOTH)

D..., Jean, 28 ans. — Abscès dorsal.

Opéré par le Dr Wilmoth le 17-8-27. L'abcès siège sous la ligne axillaire postérieure. On résèque les 7^e, 8^e et 9^e côtes, après section du grand dorsal. Ablation de l'abcès en bloc, après vérification de la pièce, qui est saine. Suture totale.

Est sorti guéri le 7-9-27.

OBSERVATION LXXIII

(BURGEAT)

B..., Jean, 18 ans.

Opéré le 13-8-27 par le Dr Burgeat. Résection de la 3^e côte. Curetage des fongosités sous-jacentes. Pneumothorax opératoire. Suture complète.

Sorti guéri le 30-8-27.

OBSERVATION LXXIV

(LENORMANT)

Mme C..., 55 ans. — Abscès froid présternal.

Opérée le 10-10-27 par M. Lenormant. — Chloroforme. Evidement de l'os à la gouge ; le périoste postérieur paraît sain. Tamponnement iodoformé.

Sortie le 27-10-27.

OBSERVATION LXXV

(MERLE D'AUBIGNÉ)

L... Madeleine, 21 ans.

Opérée le 9-10-27 par M. Merle d'Aubigné. — Une petite fistule au bord de la 8^e côte. Pendant l'opération, ouverture de la plèvre. Suture complète.

Nous avons revu la malade en 1930. Elle se porte très bien, a engraisé et ne tousse jamais.

OBSERVATION LXXVI

(LENORMANT)

A... Suzanne, 23 ans. Absès de la région sous-mammaire, indépendant de la glande.

Opérée le 29-2-28 (M. Lenormant). Pas de lésion du squelette ; un trajet profond file le long de la paroi vers l'omoplate. Un long clamp courbe n'en trouve pas le fond. Curettage soigneux ; une mèche reste en contact pendant 48 heures.

A quitté l'hôpital le 10-3-28.

OBSERVATION LXXVII

(LENORMANT)

C... Olga, 18 ans.

Dans un premier examen, le stylet a le contact osseux ; à un examen ultérieur, l'instrument s'enfonce en arrière de 12 cm.

Opération sous éther (M. Lenormant). Ablation d'une côte saine et curettage d'une poche sous-jacente.

En 1930, la malade, qui vit à la campagne, nous écrit qu'elle va très bien et que sa plaie s'est refermée en juin 28.

OBSERVATION LXXVIII

(PATEL)

J... Marcelle, 36 ans. Absès axillaire moyen, devant la 10^e côte.

Opérée le 29-4-29 (M. Patel). Résection de la 9^e et de la 10^e côtes. Il existe un prolongement sous-costal, dont le point de départ est au

niveau du cul-de-sac costo-médiastinal postérieur gauche. Curettage et mèche. Sortie le 17-5-29.

Revue le 27 septembre. Va très bien, tousse un peu, a engraisé. Examen radiographique du thorax.

OBSERVATION LXXIX

(LENORMANT)

B... Henri, 28 ans. Absès prélatéro-sternal.

A eu récemment une dothiéntérie.

Opéré le 13-12-28 (M. Lenormant). Incision verticale du sternum ; côtes et cartilages sont intacts. Fongosités postérieures.

Sorti le 1-29.

OBSERVATION LXXX

T. T..., 42 ans.

Le 24-1-29, résection des deux cartilages costaux et des côtes 9 et 10. Ablation en bloc de la tumeur. En désinsérant le diaphragme, on fait un pneumothorax total ; on le réinsère par des catguts, ce qui ferme le pneumothorax. Fermeture complète.

A quitté l'hôpital le 8-2-29.

OBSERVATION LXXXI

(Personnelle)

Mlle P..., 23 ans.

Aucun antécédent pleuro-pulmonaire. Depuis 2 à 3 mois, est fatiguée et consulte pour un abcès latéro-sternal gauche non fistulisé.

Le 10-7-30, j'ai l'honneur d'opérer, sous chloroforme, en présence de mon Maître, M. le Professeur Lenormant. Longue incision latéro-sternale gauche, se recourbant en bas pour devenir sous-mammaire. En réclinant ce lambeau, on crève la poche. Les cartilages des 2° et 3° arcs sont sains, mais, par leur interstice, sortent des fongosités. Résection des 2° et 3° côtes. Section des cartilages au ras du sternum. Dès ce moment, on opère avec une continuelle traumatopnée, mais il n'y a pas de pneumothorax et le cul-de-sac pleural est libre. Nettoyage à la curette des fongosités sous-chondro-sternales. On rabat le lambeau, on le suture au crin, en laissant dans le sillon une lame de caoutchouc.

Les suites opératoires furent d'une absolue simplicité. La malade a quitté l'hôpital, cicatrisée au 12^e jour.

OBSERVATION LXXXII

(Personnelle)

H..., 30 ans, Algérien. Guérison opératoire par adénectomie.

Malade qui m'est adressé par mon collègue et ami, M. André Sicard.

Pas d'antécédents nets. Aspect assez misérable. Garde la jambe droite demi-fléchie, à cause de la cicatrice vicieuse d'une brûlure du creux poplité survenue il y a plus de 20 ans. Une gomme tuberculeuse cutanée sur l'avant-bras droit.

Il existe un abcès dorsal fluctuant, au niveau des dernières côtes droites, et qui a le volume d'une grosse orange.

Opéré le 25-7-30 par Kaufmann. Rachi-anesthésie : 7 centigrammes de la solution fournie par l'Assistance Publique, injectée au niveau de la 12^e vertèbre dorsale. Incision parallèle à une des dernières côtes et ouverture de l'abcès. On résèque deux côtes saines sur 12 cm. ; à leur face profonde, existent des fongosités ; celles-ci sont complètement curettées. On libère la plèvre, qui est saine. Sous la côte sus-jacente existe encore un amas caséeux ; on pense d'abord à enlever la côte, mais ces ganglions sont très durs et il est facile de les extirper, en laissant l'os en place. Tamponnement iodoformé. Suture de la peau aux crins.

Le malade suit actuellement un traitement aux rayons ultra-violets. Le 15 septembre, sa plaie est fermée. Depuis quelque temps, le malade a engraisé. On le passe en médecine pour des troubles moteurs du membre inférieur droit.

OBSERVATION LXXXIV

(LENORMANT)

(Presse Médicale, 5 août 1925)

B..., 65 ans.

Entré à l'hôpital Saint-Louis le 24 avril 1925.

Le malade, d'aspect robuste, et ne présentant aucune autre localisation tuberculeuse, mais emphysémateux et un peu cyanotique, vient à l'hôpital pour un abcès froid thoracique, gros comme un petit œuf, siégeant au niveau de la 9^e côte gauche, sur la ligne axillaire. Cet ab-

cès serait tout à fait banal si la palpation ne révélait, au niveau de la côte malade, de la mobilité anormale et une crépitation très nette : il y a donc une fracture spontanée de cette côte.

C'est ce que confirma l'opération, qui fut pratiquée le 27 avril, sous anesthésie générale au chloroforme. Incision longeant la côte malade. L'abcès, très superficiel, est ouvert dès les premiers coups de bistouri ; il siège à la face externe de la côte, sans qu'il y ait de poche profonde. L'os présente des lésions d'ostéite très étendue, avec, au centre, une perforation large comme une tête d'épingle noire et, partant de cette perforation, deux traits de fracture linéaires, intéressant toute l'épaisseur de la côte et gagnant, l'un son bord supérieur, l'autre son bord inférieur. Résection de toute la partie malade de la côte. Au cours de cette résection, la plèvre pariétale adhérente est ouverte et il se produit un pneumothorax, sans autre trouble respiratoire d'ailleurs. Suture des muscles intercostaux au catgut et de la peau aux crins de Florence, sans drainage.

Localement, les suites opératoires furent parfaites et la plaie se cicatrisa par première intention. Mais vers le septième jour survinrent des accidents de congestion de la base des deux poumons, le cœur faiblit, et le malade finit par succomber le 15 mai.

Conclusions

I. — L'abcès froid du thorax est une collection caséo purulente tuberculeuse, née dans la paroi du thorax, s'y développant.

Cette définition exclut les abcès migrants et les collections pulmonaires inoculant directement la paroi.

II. — On peut admettre qu'un tiers des malades ont été atteints de pleurésie. Tous ceux que nous avons radiologiquement examinés portaient des lésions hilaires pulmonaires ou pleurales. De tels malades peuvent cependant très bien guérir après opération de l'abcès froid.

III. — Anatomiquement, les abcès sont issus d'un fungus siégeant dans l'espace intercostal et sous la côte. Ils sont toujours en bissac. La collection dite « sus-costale » doit, en principe, ne pas être admise par l'opérateur.

IV. — Ces collections ont trois sièges d'élection et peuvent être divisées en abcès antérieurs, moyens et postérieurs.

Les antérieurs se développent dans la chaîne mammaire interne.

Les postérieurs viennent de ganglions latéro-vertébraux.

Les moyens naissent vers la ligne axillaire moyenne, dans toute la chaîne lympho-ganglionnaire de l'espace intercostal.

V. — La plèvre sous-jacente à la région fongueuse est, en règle, libre : elle est donc macroscopiquement saine, et, par conséquent, clivable des parties altérées.

C'est le fascia endothoracique qui constitue la barrière la plus résistante à la progression de l'abcès.

VI. — Nous n'avons jamais vu d'ostéite costale qui ne fût au contact direct d'un ganglion caséux.

VI *bis*. — Nous ne pouvons donc pas croire à l'ostéite costale primitive, et les meilleurs auteurs ont cité, pour la décrire, des faits répondant à l'adénopathie primitive avec lésion costale secondaire.

Nous ne connaissons pas une pièce d'ostéite centrante un abcès costal ossifluent.

VI *ter*. — La chondrite tuberculeuse primitive nous paraît encore bien plus suspecte que l'ostéite costale.

VII. — L'opération pathogénique de l'abcès froid du thorax est donc une adénectomie nécessitant une résection du squelette thoracique.

VIII. — La technique idéale consiste dans la résection en bloc fermé du foyer ganglionnaire, avec son squelette adjacent.

VIII *bis*. — Suivant les dimensions, la topographie ou la surinfection de l'abcès, cette technique idéale subira les adaptations nécessaires à chaque cas particulier. Une large résection osseuse, avec extirpation de toutes les masses caséuses rétrocostales et pansement à plat, guériront sans fistules des cas très avancés.

IX. — L'indication opératoire doit être posée sur l'examen clinique et la radiographie des malades. Ainsi seront

évités les deux dangers qu'il convient d'avoir présents à l'esprit :

 dans l'abcès antérieur, d'aboutir à une caverne pulmonaire.

 dans l'abcès postérieur, d'être conduit dans un foyer rachidien.

X. — Les résultats prouvent que le traitement des abcès du thorax est et demeure chirurgical.

Vu, le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu, le Président,

LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

Index Bibliographique

- SOULIGOUX. — Thèse de Paris, 1894.
- CALMETTE. — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et les animaux. — Masson.
- ACHARD. — Journal des Praticiens, 27-2-26. — Rapport des A. F. Th. avec la ponction des pleurésies S. F.
- ALGLAVE. — Ostéochondrites tuberculeuses. — Soc. de Chir., 1925, p. 3.
- ARDOUIN. — Pathogénie et traitement. — Thèse de Paris, 1859, n° 68.
- BLANKENHORN H. — Tuberculoar caries of the ribs. — Cleveland Med. J., 1896, I, p. 563.
- BEURDY. — De l'ostéite des côtes et du sternum considérée principalement chez le soldat. — Thèse de Paris, 1854, 8°.
- BURCKHARDT R. — Tuberkulose periostitis der Rippen. — Ber... d. Ludwigs, Spital Charlottenhilfe in Stuttgart, 1889, p. 46.
- BONNEL. — Thèse de Paris, 1891.
- COTTE G. — Tuberculose de la paroi thoracique. — Lyon Chirurgical, XX, 1923, p. 546.
- COURBOULES. — Volumineux abcès froid thoracique à foyers multiples. — Lyon Chirurgical, t. XXII, n° 4, juin-août 1925, p. 573.
- DE ANDRADE. — Primary tuberculosis of costal cartilage case. — Brasil Med., 23 novembre 1929, p. 1415.
- DITTRICH F. — Tuberkulöse Perichondritis der Rippenknorpel. — Festschr. z. Feier... Fr. v. Esmarch, 1893, p. 247.
- DUJARIER CH. — A propos de l'origine chondrale de certains abcès froids thoraciques. — Bulletin de la Soc. Nat. de Chir., séance du 28 janv. 1925, p. 93.
- FIOLLE. — Suture totale après excision d'abcès froid thoracique. — Soc. de Chir. de Marseille, juin 1928.
- GOBERT. — Thèse de Nancy, 1905.
- GRUGET A. — Sur la tuberculose primitive des cartilages costaux. — Revue Chirurgical, 1921, n° 1, p. 30-39.

- HENSCHEN. — In Handbuch der praktischen Chirurgie der Garré, Kuttner et Lexer, 2^e volume, p. 833-957.
- ITO H. — Zur operativen Behandlung der Perikostaltuberkulose. — Deut. Zeitschr. f. Chir., CLXXXV, 1924, p. 124.
- KAUFMANN. — Pathogénie des abcès froids du thorax. — Journal de Chirurgie, n^o 6, juin 1931.
- KEIFFER. — Carie tuberculeuse costo-sternale. — Ann. Soc. Belge de Chir., 1893-94, I, p. 134.
- KOENIG F. — Die Tuberkulose der Thoraxwand. — Arch. f. Klin. Chir., LXXIX, 1906, p. 1.
- KRÜGER C. — Ueber die Tuberkulose der Rippen und des Brustbeins. — Thèse de Goettingen 1893, 8^o.
- LADUREAU. — Tuberculisation costale. — Bull. Méd. du Nord, 2^e s., III, 1862, p. 173.
- LANNELONGUE. — Tuberculose du sternum. — Bulletin Médical, 1852, p. 699.
- LENORMANT. — Ostéite tuberculeuse des côtes avec fracture spontanée. — Presse Médicale, n^o 62, 5 août 1925, p. 10.
- MATINAN L. — Contribution à l'étude de la tuberculose chondro-costale. — Revue Méd. de la Suisse Romande, XXV, 1905, p. 112.
- MÉNARD et GUILLAUME. — Tuberculose du 7^e cartilage costal droit. — Bull. Soc. Anat. de Paris, LXXVIII, 1903, p. 359.
- SALVA MERCADÉ. — Tuberculose des cartilages costaux. — Journal de Chirurgie, t. XII, n^o 2, février 1914, p. 159-181.
- MANNA. — Sur la pathogénie de quelques abcès froids de la paroi thoracique. — Minerva Méd., 31 octobre 1926.
- PASCALE G. — Ascesse tuberculare et frattura della costola. — In. Osserv. di Patol. et Clin. Chir. Napoli, 1889, p. 191.
- PERRIN. — Les abcès froids thoraciques. — Soc. de Chir. de Lyon, in Lyon-Chirurgical, mai-juin 1926, n^o 3.
- J. PIQUET et PIERRE INGELRANS. — Abcès froids thoraciques d'origine chondrale. — Le Nord-Médical, Gaz. des Praticiens, Lille, 1^{er} mai 1927, n^o 653.
- POLOSSON N. — Tuberculose centrale d'un cartilage costal. — Mém. et C. R. Soc. des Sciences Méd. de Lyon, XXVIII, 1889, p. 59.
- RÉGNIER. — Ostéite tuberculeuse de la 9^e côte. — Mém. Soc. de Méd. de Nancy, 1891, p. 95.
- RENAUD. — Ostéite tuberculeuse de la 9^e côte. — Rev. Méd. de l'Est, XXII, 1890, p. 497.
- RIBADEAU-DUMAS et CHABRUN. — Fractures spontanées de côtes chez un nourrisson tuberculeux. — Rev. de la Tuberc., août 1926, p. 647.

- RICARD M. — Abscès froid de la paroi thoracique d'origine chondrale. — *Lyon Chir.*, mars-avril 1929, p. 233-38.
- ROCHER LOUIS. — Abscès froid thoracique ayant pour origine une adénite mammaire interne consécutive à une bacillose pleuro-pulmonaire ; scoliose pleurétique. Considérations sur son mécanisme pathogénique. — *Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 22 octobre 1906. —
- ROUX. — Résection costale pour péri-chondrite tuberculeuse. — *P. V. Assoc. franç. de Chir.*, XVII, 1904, p. 329.
- SAYAG F. — Contribution à l'étude des abcès froids thoraciques et en particulier des ostéites costales tuberculeuses et des chondrites primitives de même nature. — Thèse 1928, Jouve et C^o, Ed., 15, rue Racine, Paris.
- SANCHEZ TOLEDO. — Rapports de l'adénopathie de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire. — Thèse de Paris, 1887.
- SHURLY E. L. — Tuberculosis of the ribs. — *Harper Hosp. Bulletin*, I, 1894, p. 39.
- SORREL E. — Sur les ostéo-chondrites tuberculeuses. — *Bull. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1925, p. 3.
- SORREL et SAYAG DROMER. — Abscès froids thoraciques. — *Arch. Méd. Chir. Mal. App. Respirat.*, juillet 1929, p. 314.
- TIXIER. — Sur un abcès froid thoracique d'origine chondrale. — *Soc. de Chir. de Lyon*, in *Lyon Chir.*, t. XXIV, n^o 6, p. 699, novembre-décembre 1927.
- TIXIER et THÉVENOT. — Les abcès froids de la paroi thoracique d'origine articulaire. — *Lyon Chirurgical*, 1910, p. 54-62.
- TOULMONCHE A. — Maladie des articulations costo-chondrales et costo-vertébrales, avec ou sans ramollissement tuberculeux. — *Gaz. Méd. de Paris*, 1845, 2^e sér., XIII, p. 1, 17, 36.
- TURNER W. — Operation for tuberculous disease of rib with chronic abscess. — *Méd. Press. et Circ.*, CXXVI, 1903, p. 304.
- VERNEUIL (Lettre de). — *Progrès Médical*, 1876.
- WERTHEIMER. — Lymphangite et adénite tuberculeuses. — *Revue de Chir.*, 1924, n^o 1, p. 70.
-

Table des Matières

Pages

PREMIÈRE PARTIE

Etiologie	22
Anatomie pathologique.....	25
Résultats	35
Gravité de l'opération.....	41
Suites opératoires.....	43

DEUXIÈME PARTIE

De l'origine pleurale.....	48
Tuberculose du sternum et des côtes.....	55
Tuberculose primitive des cartilages costaux.....	59
Technique opératoire.....	67
Observations	73
Conclusions	113
Bibliographie	117

